



HAL
open science

Rôle des types d'attachement dans la gestion des situations d'incertitude en médecine générale : enquête réalisée auprès des médecins généralistes de Béarn et Soule

Charlotte Bernard

► **To cite this version:**

Charlotte Bernard. Rôle des types d'attachement dans la gestion des situations d'incertitude en médecine générale : enquête réalisée auprès des médecins généralistes de Béarn et Soule. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02525157

HAL Id: dumas-02525157

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02525157>

Submitted on 30 Mar 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.

Université de Bordeaux
U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2020

N°23

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue en public
Le jeudi 06 février 2020

Par BERNARD Charlotte
Née le 11 janvier 1989 à Talence (33)

**Rôle des types d'attachement dans la gestion des situations d'incertitude en médecine
générale**
Enquête réalisée auprès des médecins généralistes de Béarn et Soule

Directeur de Thèse

Monsieur le Docteur Christophe JOUHET

Membres du jury

Mr le Professeur Jean-Philippe JOSEPH	Président du jury
Mr le Docteur Laurent MAGOT	Juge et Rapporteur
Mme le Docteur Bénédicte GUERIN	Juge
Mme le Professeur Marie TOURNIER	Juge

Remerciements

Monsieur le Professeur Jean Philippe JOSEPH,
Professeur des Universités de Bordeaux, médecin généraliste à Bordeaux

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse, veuillez trouver ici l'expression de ma profonde estime.

Monsieur le Docteur Laurent MAGOT,
Maître de conférences associé à l'université de Bordeaux, médecin généraliste à Lons.

Vous avez accepté de réaliser le rapport de cette thèse et de siéger au sein du jury. Je vous remercie pour votre disponibilité depuis le début de ce travail et jusqu'à sa conclusion ainsi que pour vos précieux conseils et votre rigueur. Soyez assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

Madame le Docteur Bénédicte GUERIN,
Praticien hospitalier clinique de Navarre à Pau, pédiatre

Merci Bénédicte d'avoir accepté de participer à ce jury et d'évaluer ce travail. Tu m'as permis de découvrir la pédiatrie et de me familiariser avec cette discipline pas évidente pour moi au départ pour me permettre désormais, dans ma pratique de suivre avec d'avantage de sérénité les enfants. Je t'en remercie sincèrement.

Madame la Professeur Marie TOURNIER
Professeur des Universités de Bordeaux, psychiatre au centre hospitalier Charles Perrens

Vous me faites l'honneur de participer au jury de cette thèse, veuillez recevoir l'expression de ma respectueuse gratitude.

Monsieur le Docteur Christophe JOUHET,
Maître de stage des universités, médecin généraliste à Coarraze.

Merci d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse, de m'avoir soutenue et accompagnée dans ce projet depuis le début et merci pour votre aide à chaque étape de ce travail.

Aux médecins généralistes qui ont accepté de participer à ce travail. Merci de m'avoir accordé de votre temps.

A mes parents, merci n'est pas assez fort mais je n'ai que ce mot-là, merci d'être là au quotidien, merci d'avoir toujours été derrière moi pour me permettre d'arriver là où je suis aujourd'hui vous y êtes pour beaucoup. Merci pour votre soutien sans faille, merci pour toutes ces belles choses que nous avons partagés et que nous allons encore partager une fois cette page des études tournée. Je vous aime.

A Angèle, Charlotte et Claire, les « filles du cheval ». Au départ c'est l'équitation qui nous a réunis, aujourd'hui j'ai la chance de pouvoir partager bien plus avec vous. Vous avez toujours été là pour me soutenir dans ce travail, dans les moments difficiles et dans les projets plus heureux. Nous avons déjà partagé beaucoup de belles choses mais vu nos projets en cours la suite promet encore de très belles choses ! Merci les amies.

A Thomas, merci pour ta gentillesse et toutes ces discussions passionnantes dont tu as le secret.

Une pensée aussi pour Franck et Jérôme.

A mes amies de fac, mes années de fac n'auraient pas eu la même saveur sans vous. On a partagé 6 belles années à Bordeaux. L'internat nous a séparé mais l'amitié est toujours là, merci pour votre soutien et tous les bons moments encore à venir ! En espérant vous voir à Pau maintenant que je vais avoir de l'espace pour vous recevoir !

A Marina, Julie, vous avez été plus que présente pendant ces dures années d'externat et je vous en remercie. Malgré la distance et maintenant que les études sont vraiment terminées j'espère pouvoir vous retrouver davantage.

A Cécile, Marion, vous êtes mes dernières attaches bordelaises, merci pour tous ces bons moments passés avec vous. Vous êtes de jeunes mamans extras.

A Clémence, Nantes me semble bien souvent trop loin, merci d'avoir été là malgré la distance, tu es la bienvenue quand tu veux par chez moi.

A Claire, le rock à la fac n'aurait pas été aussi sympa sans toi, le pays basque n'est pas si loin et j'espère que l'on partagera encore de nombreux bons moments dansants et autres !

A mes amis danseurs, Simon, Karim, Mélanie, Emilienne, Jérôme, Guillaume, Amandine... sans vous toutes ces heures de danses n'auraient pas été pareilles, merci pour ces délicieux moments passés et à venir et pour me permettre de partager cette passion avec vous !

A mes amies de lycée, Laure, Marie, Florence, Claire, Julie, on s'était dit rendez-vous dans 10 ans... j'ai mis un peu plus de temps que ça pour finir mais ça y est ! Nos choix de vie et carrière nous ont éloigné mais vous restez dans mon cœur.

A mes sœurs et à ma famille, malgré la distance, vous avez toujours été là dans les moments importants, merci.

Au cabinet médical de Sauvagnon, Olivia, Éric, Jean, merci de m'avoir accueilli au sein de votre équipe et de m'avoir donné ma chance, c'est un plaisir et un honneur de travailler avec vous.

A Cécile et Frédérique, merci de contribuer à cette agréable ambiance de travail.

A Jean François, merci de m'avoir donné ma chance en tant que jeune médecin et de m'avoir permis de progresser dans ma pratique de la médecine générale. Je n'oublierai pas ce soir au centre équestre où Arnaud a fait les présentations !

A Jen, merci pour ton aide dans ce travail, thank you so much !

A Minuit, pour sa ronronthérapie !

« La médecine est une science de l'incertitude et un art de la probabilité. »

William Osler

Table des matières

Glossaire	8
1/ Introduction	9
1.1/ Attachement	10
1.1.1/Définitions.....	10
1.1.2/ Historique de la notion d'attachement	10
1.1.3/ Attachement et pédiatrie	15
1.1.4/ Attachement adulte.....	16
1.1.4.1/ Style d'attachement sécuritaire	17
1.1.4.2/ Style d'attachement détaché.....	17
1.1.4.4/ Style d'attachement craintif/évitant	18
1.1.5/ Attachement et relation de soin.....	19
1.1.6/ Modalités d'évaluation de l'attachement.....	20
1.2/ Incertitude	21
1.2.1/ Définition de l'incertitude.....	21
1.2.2/ L'incertitude en médecine générale	22
1.2.3/Gestion de l'incertitude	24
1.2.4/ Méthodes d'évaluation de l'incertitude	25
1.3/ Question de recherche et objectifs de l'étude	26
1.3.1/ Question de recherche	26
1.3.2/ Objectifs de l'étude.....	26
2/ Méthode	28
2.1/ Type d'étude	28
2.2/ Population source	28
2.2/ Critères de jugement	28
2.4/ Questionnaire	28
2.5/ Aspects administratifs et éthiques	29
2.6/ Déroulement de l'étude.....	29
2.7/ Analyse statistique.....	30
3/ Résultats	31
3.1/ Diagramme des flux	31
3.2/ Description de la population de l'étude	31
3.2.1/ Sexe.....	31
3.2.2/ Age	31
3.2.3/ Lieu d'exercice	32
3.2.4/ Nombre d'années d'installation	32

3.2.5/ Maître de stage	32
3.3/ Type d'attachement.....	33
3.3.1/ Répartition des types d'attachement	33
3.3.2/ Caractéristiques des médecins en fonction du type d'attachement.....	33
3.4/ Niveau d'anxiété liée à l'incertitude en fonction du type d'attachement.....	34
3.5/ Gestion de l'incertitude en fonction du type d'attachement.....	35
3.5.1/ Type d'attachement et recours au spécialiste.....	35
3.5.2/ Type d'attachement et recours aux examens complémentaires	36
3.5.3/ Type d'attachement et attitude expectative	36
3.6/ Gestion de l'incertitude en fonction du niveau d'anxiété	37
3.6.1/ Niveau d'anxiété et recours au spécialiste	37
3.6.2/ Niveau d'anxiété et attitude expectative	38
3.6.3/ Niveau d'anxiété et augmentation de la prescription d'examens complémentaires	38
3.7/ Gestion de l'incertitude en fonction de l'inquiétude de faire une erreur	39
3.7.1/ Inquiétude de faire une erreur et recours au spécialiste	39
3.7.2/ Inquiétude de faire une erreur et attitude expectative	40
3.7.3/ Inquiétude de faire une erreur et augmentation de la prescription d'examens complémentaires.....	40
3.8/Conclusion des résultats	41
4/ Discussion.....	42
4.1/Discussion de la méthode	42
4.1.1/Choix de la question.....	42
4.1.2/ Choix de la population	42
4.1.3/Forces de l'étude	43
4.1.4/ Faiblesses de l'étude.....	43
4.1.5/ Biais.....	44
4.2/ Discussion des résultats	45
4.2.1/ Résultat principal	45
4.2.2/ Résultats secondaires	45
4.3/ Pour aller plus loin	47
5/ Conclusion.....	49
Bibliographie.....	50
Annexes	55
Annexe 1 : Mail explicatif	55
Annexe 2 : Questionnaire destiné aux médecins.....	56
Serment medical	59

Glossaire

SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé

AAI : Adult Attachment Interview

HAS : Haute Autorité de Santé

PRU : Physician's réaction to Uncertainty

DUQ : Dealing with Uncertainty Questionnaire

RSQ : RelationShip scales Questionnaire

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

MIO : Modèles Internes Opérants

MSU : Maitre de Stage des Universités

1/ Introduction

C'est à partir d'une rencontre avec une patiente qu'est née l'idée de ce travail. Lors d'un remplacement, j'ai eu à prendre en charge pour la première fois une dame en maison de retraite qui venait de perdre sa fille. Pendant plusieurs semaines j'ai tenté de l'aider à faire son deuil. Une relation très forte s'est liée entre nous, qui, bien que bénéfique au départ, me semblait aussi une entrave à ma prise en charge, me faisant douter du travail que je faisais avec elle.

Pour tenter de mieux comprendre ce qui se jouait dans cette relation et ce qui pouvait dysfonctionner dans ce lien, j'ai commencé à m'intéresser à la notion d'attachement. Nous verrons dans ce travail que cette notion a été développée essentiellement en psychiatrie et un peu en pédiatrie mais très peu en médecine somatique et en médecine générale.

Nous verrons également que l'attachement est un support relationnel qui s'active lorsque l'individu est soumis à un stress ou à une situation de détresse.

À partir de là, la littérature scientifique m'a permis de faire ressortir la question de l'incertitude comme situation pouvant activer le système d'attachement. En effet, l'incertitude est au cœur de la pratique de la médecine, notamment de la médecine générale. Elle peut être source de questionnement, de doute et de stress pour le médecin qui y est confronté.

L'objet de ce travail était donc de chercher une interaction entre cette notion d'attachement, peu connue en médecine générale, et l'incertitude, quant à elle fréquemment ressentie par les médecins. La connaissance de la première pourrait alors permettre une meilleure adaptation à la seconde.

1.1/ Attachement

« L'attachement est un instinct conduisant tout au long de la vie à avoir besoin d'être écouté, entendu, compris et soutenu par une ou plusieurs personnes considérées comme proches. »

John Bowlby (1)

1.1.1/Définitions

Dans le Larousse, le terme « attachement » désigne un sentiment d'affection, de sympathie ou de vif intérêt qui lie fortement à quelqu'un, à un animal, à quelque chose (2).

Dans la littérature scientifique, ce terme n'est pas utilisé par tous les auteurs de façon univoque. Dans ce travail le terme d'attachement se réfère au concept élaboré par le psychiatre John Bowlby dans la deuxième moitié du 20^e siècle (1).

L'attachement est un lien affectif privilégié que l'on établit avec une personne spécifique, auprès de laquelle on va se tourner pour trouver du réconfort en cas de détresse. Ce lien appelé « phénomène de havre de sécurité » génère ainsi un sentiment de sécurité interne qui va permettre de retourner explorer le monde. Ce sentiment est appelé « phénomène de base de sécurité » selon les notions développées par John Bowlby et que nous expliciterons par la suite (3).

1.1.2/ Historique de la notion d'attachement

La théorie de l'attachement est née dans le contexte historique de la seconde guerre mondiale.

En effet, la seconde guerre mondiale a amené les psychiatres et les éthologues de cette période à s'intéresser au lien mère-enfant et aux conséquences des séparations précoces. Les principaux travaux à l'origine de cette théorie ont été ceux du médecin et psychanalyste viennois Spitz (1947), et des éthologues Harlow (1958) et Lorenz (1970). Les études de Spitz (1947), connues sous le nom « d'hospitalisme », démontrent l'impact de la relation mère-enfant sur leur séparation (troubles du comportement du nourrisson en cas de séparation précoce d'avec sa mère ou de privation affective). Celles de Harlow (1958), réalisées sur des singes macaques, séparés de leur mère, vont révéler que la recherche de contacts, et donc du réconfort que ceux-ci impliquent, est plus importante que la recherche de nourriture. Enfin, celles de Lorenz (1970), connues sous le nom de « phénomène de l'empreinte », confirment la fonction adaptative du lien d'attachement qui se crée entre le jeune animal et sa mère ou son substitut.

Dans les années 60, le psychiatre et psychanalyste anglais John Bowlby a travaillé, avant la guerre, sur les séparations, la perte et le deuil. Il va ensuite mettre en évidence les mécanismes de formation et de développement des relations d'attachement en intégrant, en 1969, les apports de la psychanalyse et ceux de l'éthologie dans sa théorisation des liens d'attachement (4).

Il définit l'attachement comme étant le produit des comportements qui ont pour objet la recherche et le maintien de la proximité d'une personne spécifique. C'est un besoin social primaire, inné d'entrer en relation avec autrui. Avec cette définition, il s'éloigne de la pensée freudienne qui considère que les seuls besoins primaires sont ceux du corps, l'attachement de l'enfant n'étant qu'une pulsion secondaire. La fonction de l'attachement est pour J. Bowlby une fonction adaptative à la fois de protection et d'exploration. La mère, ou son substitut, constitue une base de sécurité pour l'enfant.

L'attachement est alors défini comme un système de comportements qui est activé lorsque l'enfant se sent en danger et que la figure d'attachement, figure rassurante, est loin. Le but de ce système est de faire revenir auprès de lui la figure d'attachement, la mère dans la situation étudiée par Bowlby. Lorsque celle-ci est enfin de retour, l'enfant se retrouve de nouveau dans une situation sécurisante et son système d'attachement n'est plus activé. C'est alors son système d'exploration qui prend le relais.

J. Bowlby a montré une véritable balance dynamique entre les comportements d'attachement et les comportements d'exploration : ce n'est que quand ses besoins de proximité sont satisfaits que l'enfant peut s'éloigner de sa figure d'attachement pour explorer le monde extérieur. L'attachement va bel et bien servir l'autonomie et non la dépendance.

- Le système d'attachement de l'enfant reste activé au détriment d'autres systèmes de fonctionnement comme celui de l'exploration. Il en découle une hypervigilance émotionnelle ;
- Le système d'attachement est maintenu désactivé avec un clivage et une exclusion des émotions par l'enfant.

En parallèle de la théorie de l'attachement, J. Bowlby (1973) a développé la notion de « Internal Working Model » ou de « Modèle Interne Opérant » (MIO). Il s'agit des représentations mentales, conscientes et inconscientes, du monde extérieur et de soi à l'intérieur de ce monde, à partir desquelles l'individu perçoit les événements, entrevoit le futur et construit ses plans. Au fil de ses interactions avec sa figure parentale privilégiée, l'enfant intériorise la relation et se forge un Modèle Interne Opérant qui englobe ses perceptions de lui-même et les attentes de sa figure d'attachement. Ce MIO va servir de schéma mental pour ses relations futures. Le Modèle Interne Opérant commence à s'établir entre 6 et 9 mois et se stabilise vers 5-6 ans. Sauf événements de vie critiques (décès, maladies, ruptures, etc.), le MIO reste le même tout au long de la vie.

À partir des travaux de J. Bowlby, d'autres travaux ont vu le jour.

Mary Ainsworth, professeure de psychologie de l'université de Virginia et contemporaine de John Bowlby est considérée comme la mère de la théorie sur l'attachement (5).

C'est elle qui a fermement installé cette théorie dans la psychologie du développement de l'enfant.

Dans les années 1960, Mary Ainsworth se demande si la séparation est traumatique en elle-même ou si cela dépend de la qualité relationnelle antérieure (6). En utilisant la méthode d'observation, elle constate que le bébé est actif dans son comportement pour obtenir ce qu'il désire.

Elle décrit alors trois catégories de comportements :

- Celle, fréquente, où l'enfant crie peu, il est content avec sa mère, il explore l'environnement ;
- Celle où l'enfant pleure beaucoup et explore peu ;
- Et enfin celle où l'enfant n'est pas encore attaché.

En 1969, à partir de ce premier travail, M. Ainsworth propose un prolongement expérimental de la théorie de l'attachement à travers la Strange Situation (7). Elle met donc au point un protocole standardisé durant une vingtaine de minutes. Cette situation permet une évaluation qualitative de l'attachement de l'enfant d'un an. Elle met en scène une mère, son enfant, un étranger et un observateur derrière une vitre sans teint. L'enfant va se retrouver tour à tour seul avec sa mère, seul avec l'étranger, puis de nouveau avec sa mère, puis totalement seul puis avec l'étranger avant de retrouver finalement sa mère. M. Ainsworth étudie ainsi la manière dont l'enfant gère les séparations et les retrouvailles. Elle met en évidence trois principaux types de comportements de l'enfant ;

- L'enfant qui retrouve sa mère avec plaisir puis retourne jouer ;
- L'enfant, en apparence peu affecté, évitant la proximité se focalisant sur un jouet ;
- L'enfant qui exprime de la détresse et, à la fois, une recherche de contact et du rejet.

Les variables les plus importantes pour la classification sont : la proximité, l'évitement ou la résistance lors de la réunion mère/enfant.

M. Ainsworth développe alors la notion de base de sécurité provenant d'un lien stable fiable, prévisible, sécurisant avec un adulte accessible, figure d'attachement capable de comprendre les besoins et les inquiétudes de l'enfant et de les apaiser.

À travers cette situation, Mary Ainsworth a mis en évidence des différences interindividuelles dans les relations de l'enfant à la mère. Les enfants sécurisés se servent du parent comme d'une base de sécurité à partir de laquelle ils peuvent se risquer à l'exploration de leur environnement. La Strange Situation évalue la qualité de la relation, et l'attachement est alors une théorie permettant de comprendre le développement relationnel de l'enfant.

Ainsi, Mary Ainsworth a précisé 3 types d'attachement : sécure, anxieux-évitant et anxieux-ambivalent (5).

La majorité des enfants à travers le monde a été classée comme sécure. La distribution des types d'attachement des enfants est relativement similaire entre les pays (8).

Avec ses pairs, il a été observé que les enfants sécures dans la relation avec leur mère, en tant que bébé, avaient plus de ressources psychiques et de plus grandes compétences sociales et exploratoires que les enfants insécures. Par ailleurs, il a été observé que les enfants évitants à

l'égard de leur mère avaient une attitude d'agresseur vis-à-vis des autres enfants, alors que les enfants ambivalents-résistants se retrouvaient typiquement à être leur victime.

Depuis ces premiers travaux, le principe de la Strange Situation a été réutilisé dans de nombreuses études venant confirmer les données de M. Ainsworth. Selon Evrett Waters : « Mary Ainsworth a formé une base sécurisée à partir de laquelle des générations d'étudiants peuvent explorer » (9).

Par la suite, Mary Main démontre une stabilité et une prédictibilité des comportements d'attachement chez l'enfant à 5 ans par rapport aux résultats de la Strange Situation à 1 an (10).

Mais elle a également élaboré un système de catégorisation de l'attachement pour l'adulte, système toujours utilisé à l'heure actuelle par les chercheurs (6). Elle a mis au point l'Adult Attachment Interview (AAI) : un entretien semi-directif ayant pour but de cerner l'état d'esprit actuel de l'adulte à l'égard des expériences relationnelles de l'enfance. L'analyse du discours permet de classer les différents types d'attachement.

Elle dégage ainsi 4 types d'attachement :

- Détaché : exclusion des affects vis-à-vis des situations de l'enfance,
- Autonome : évocation libre des souvenirs qu'ils soient positifs ou négatifs,
- Préoccupé : récits confus,
- Désorganisé : avec des situations de traumatismes ou d'abus.

Un parallèle a été montré entre les résultats de la Strange Situation et l'Adult Attachment Interview : une concordance à 70 % a été trouvée.

Tableau Comparatif Adulte Attachement Interview et la Strange Situation d'après Mary Main (10)

Adulte Attachement Interview	Situation étrange
<p>- <i>Sécurisé autonome</i></p> <p>Discours cohérent et coopérant que la situation ait été favorable ou défavorable</p>	<p>- <i>Sécurisé</i></p> <p>Signes que le parent lui manque et réaction d'accueil actif lors du retour du parent</p> <p>Maintien bref du contact avant de retourner jouer/explore</p>
<p>- <i>Détaché</i></p> <p>Description normative ou positive non corroborée ou contredites par les souvenirs</p> <p>Expériences négatives considérées comme sans effet</p>	<p>- <i>Évitant</i></p> <p>Ne pleure pas lors de la séparation et évite les retrouvailles</p> <p>Impassible</p> <p>Aucune colère</p>
<p>- <i>Préoccupé</i></p> <p>En colère, confus, passif ou craintif, bouleversé</p> <p>Discours embrouillé</p>	<p>- <i>Résistant Ambivalent</i></p> <p>Préoccupé par le parent tout le temps</p> <p>Alterne contact et résistance pour manifester sa colère au retour du parent</p> <p>Pas de comportement d'exploration</p>
<p>- <i>Désorganisé</i></p> <p>Discours désorganisé lors de l'évocation d'une perte ou de maltraitance</p>	<p>- <i>Désorganisé désorienté</i></p> <p>Comportement désorganisé, désorienté face au parent</p>

Les types sécurisé, détaché et préoccupé ont été montrés comme étant stables dans le temps sur une période d'un an à quinze mois (11).

Les études transculturelles retrouvent une universalité de l'attachement. Les trois principaux types d'attachement chez l'enfant sont ainsi retrouvés dans diverses cultures et contextes sociaux. Ces trois types d'attachement (sécure, évitant et résistant) ont été observés au sein de multiples sociétés dans le monde : en Afrique, en Chine, en Israël, au Japon, en Europe (Angleterre, Allemagne, Suède, Espagne, Portugal) ainsi qu'en Amérique du Nord et en Amérique du Sud (Canada et États-Unis, Mexique et Colombie). Dans ces cultures, la majorité des enfants présentent des relations d'attachement sécurisées (12).

Quant à elles, les mères paraissent permettre la structuration d'un attachement sécurisée d'une façon semblable dans diverses cultures (Colombie, Allemagne, Israël, Japon et États-Unis).

1.1.3/ Attachement et pédiatrie

Dans l'enfance, la relation d'attachement se développe selon des phases qui progressent depuis une relation sans discrimination (l'enfant s'attache à toute personne lui donnant des soins) vers une organisation autour d'une figure d'attachement privilégiée (la mère le plus souvent dans notre culture) pour enfin s'ouvrir de façon originale à l'ensemble du tissu relationnel (2).

Selon ses interactions avec sa figure d'attachement l'enfant va établir une relation sécurisée ou insécurisée.

Si l'attachement sécurisée ne garantit pas, à coup sûr, une santé mentale et une intégration sociale optimales, il représente un facteur de protection pour un développement optimal et pour un bien-être psychologique.

L'un des premiers domaines d'application de la théorie de l'attachement est bien évidemment la pédiatrie. Au cours des hospitalisations en pédiatrie, les parents sont encore souvent considérés comme un facteur angoissant qui va impacter l'enfant et perturber les soins. La théorie de l'attachement a permis de montrer que la présence de la figure d'attachement pouvait aussi avoir un côté apaisant et rassurant pour l'enfant. Elle lui permet également de mieux affronter le stress et la douleur.

L'ajustement au stress médical a été étudié de façon approfondie chez les enfants de plus de 6 ans [8]. Les recherches ont porté sur les processus cognitifs en jeu dans la régulation des émotions négatives en situation de stress. La technique la plus efficace identifiée est celle consistant à détourner l'attention, distraire l'enfant. Or, les enfants plus jeunes n'ont pas encore les moyens cognitifs pour mettre en œuvre ces stratégies. Trois facteurs semblent influencer la capacité des enfants à y faire face :

- Un facteur dispositionnel ou, autrement dit, le tempérament de l'enfant issu directement de son patrimoine génétique,
- Un facteur relationnel spécifique qui correspond au comportement de la mère/figure d'attachement (attitude, toucher, paroles réconfortantes),
- Un facteur relationnel général dans lequel rentre la qualité de la relation parent enfant et donc de l'attachement. Dans ce dernier facteur on retrouve la notion de sécurité liée à l'attachement.

La théorie de l'attachement a aussi permis d'apporter un éclairage dans le domaine du développement et de la psychopathologie (10).

Il semblerait que les enfants désorganisés courent un plus grand risque d'avoir un trouble mental. En effet, une étude a été réalisée sur un échantillon d'enfants de classes sociales défavorisées au Minnesota sur le lien entre l'attachement du bébé et la présence de troubles à l'adolescence (14). Les adolescents de 17 ans désorganisés avec leur mère pendant la petite enfance présentent les indices de psychopathologie les plus sévères d'après le K-SADS (entretien diagnostique semi-structuré utilisé pour évaluer les troubles mentaux chez l'enfant et l'adolescent (6-18 ans), il comporte une évaluation dimensionnelle et catégorielle des

symptômes de psychopathologie, afin de poser un ou plusieurs diagnostics selon les critères DSM-5) (15).

D'autres études ont associé un comportement perturbateur-agressif à l'école avec l'attachement désorganisé pendant la petite enfance.

Le psychiatre italien Giovanni Liotti a émis l'hypothèse selon laquelle les enfants désorganisés étaient plus vulnérables face aux troubles dissociatifs (16). Une autre enquête indique que l'attachement désorganisé prédit la présence de comportements dissociatifs à l'école élémentaire et dans le secondaire (15). Les troubles du comportement, type comportement perturbateur, de même que les troubles dissociatifs ne se développent que pour une petite proportion de ces enfants, selon les événements de vie qu'ils traversent, selon la qualité de leurs relations, et peut-être aussi selon leur héritage génétique.

1.1.4/ Attachement adulte

L'attachement chez l'adulte est la tendance stable d'un individu à faire des efforts substantiels pour rechercher et maintenir la proximité et le contact avec un ou quelques individus particuliers qui apportent la possibilité, subjective, d'une sécurité physique ou psychologique. Cette tendance est régulée par les modèles internes opérants identiques à ceux décrits par J. Bowlby chez l'enfant, qui sont des schémas de motivation cognitifs et affectifs, construits à partir de l'expérience de l'individu dans son monde interpersonnel (17).

À l'âge adulte, la recherche de sécurité se substitue à la recherche de proximité qui prédomine chez l'enfant. Pour qu'une personne adulte se sente en sécurité, il faut qu'elle ait confiance en la disponibilité de sa figure d'attachement. Cela suppose, d'une part que la communication avec elle soit possible et, d'autre part, qu'elle soit disposée à répondre en cas de besoin. Quand la disponibilité de la figure d'attachement est mise en doute, des comportements visant à rétablir le lien sont déployés, mais comme chez les enfants, il existe d'importantes variations interindividuelles.

L'attachement chez l'adulte rejoint en plusieurs points celui chez l'enfant et cela traduit une continuité du système d'attachement au cours de la vie.

Il y a cependant quelques différences. Ce qui distingue l'attachement adulte de l'attachement filial, c'est tout d'abord la symétrie et la réciprocité des échanges. Tandis qu'une mère assiste son enfant et que celui-ci reçoit ses soins, dans une relation entre adultes chacun peut trouver en l'autre une source de réconfort et lui servir de soutien.

La sexualité représente un autre aspect spécifique de l'attachement adulte. Elle participe ainsi à la survie de l'espèce et peut s'inscrire dans une perspective évolutionniste, comme l'a proposé J. Bowlby. Et il est probable que le style d'attachement d'une personne ait une incidence sur sa sexualité.

On retrouve chez l'adulte quatre types d'attachements issus de ceux identifiés chez l'enfant par M. Ainsworth puis M. Main. Il s'agit des types sécurisé, détaché, préoccupé et craintif/évitant.

Ceux-ci sont déterminés à partir de l'image que l'on a de soi et des autres. Chaque type d'attachement amène à des stratégies relationnelles particulières et à un retentissement sur le plan social et professionnel des sujets (18).

1.1.4.1/ Style d'attachement sécure

Les adultes sécures ont acquis un modèle de soi avec une vue réaliste de leurs points forts et de leurs vulnérabilités. Ils recherchent des relations proches tout en restant autonomes. Ils ont un modèle positif des autres, sans naïveté excessive.

Les sujets sécures utilisent des stratégies d'attachement qui permettent de construire, à travers des interactions chaleureuses et adaptées avec leur figure d'attachement, des MIO positifs où le Soi est vécu comme étant digne d'être aimé et les autres comme capables de répondre. Ils font face aux problèmes avec un équilibre entre leurs compétences propres et l'aisance à demander de l'aide quand ils n'y arrivent pas par leurs propres moyens. Ils vont pouvoir supporter l'échec sans se sentir totalement inefficaces ni effondrés. La socialisation est aisée car, d'une façon générale, ils ont une approche de la vie positive, confiante, constructive, souple, qui leur permet de s'adapter au milieu du travail et de cultiver un réseau social de bonne qualité. Les sujets sécures valorisent leur travail mais ne permettent pas que cette activité se fasse au détriment des autres relations personnelles.

1.1.4.2/ Style d'attachement détaché

Les adultes détachés ont appris à privilégier l'indépendance, leurs proches ne sont pas perçus comme des ressources de support. Leur système d'attachement est désactivé. Ils ont une vision positive défensive de leur Soi, couplée à une vue négative des autres, envers qui ils se montrent méfiants et suspicieux.

Ils ont des difficultés avec les émotions négatives, qu'ils traitent par la mise à distance, la minimisation ou la dévalorisation, tout en valorisant l'indépendance et le détachement émotionnel. Ils donnent plus d'importance à leur accomplissement personnel qu'aux relations.

Les sujets détachés utilisent des stratégies qui visent à maintenir la disponibilité de la figure d'attachement malgré sa distance et son rejet. Il en découle des MIO distordus et contraignants basés sur des conditions « si... si... ».

Les sujets détachés sont hypersensibles aux signaux émotionnels des autres, mais ils n'en attendent aucune aide. Ils ont un grand souci de performance. Ils ont un fonctionnement plutôt rigide où prédominent les règles.

Les sujets ont tendance à se retirer en cas de détresse. Ils peuvent demander de l'aide concrète mais, en cas de stress élevé, ils ne vont pas demander d'aide émotionnelle.

Les sujets détachés préfèrent travailler seuls et peuvent utiliser le travail pour éviter les relations proches. Leur tendance à rester en retrait peut aboutir au burn-out et retentir sur leur vie de famille.

1.1.4.3/ Style d'attachement préoccupé

Les sujets préoccupés ont un modèle d'eux-mêmes négatif et un modèle positif des autres, ce qui entraîne une baisse de l'estime de soi, des doutes, des difficultés à affronter les challenges et les aléas de la vie, une idéalisation des autres. Ils ont besoin d'être aimés et proches des autres dont ils sont dépendants pour leur estime de soi.

Les sentiments de colère et de détresse sont intenses de même que leurs réactions négatives qu'elles soient dues aux stress environnementaux, en particulier à ce qui évoque la perte ou l'abandon, ou aux conflits chroniques.

Les sujets préoccupés sont hypersensibles au moindre indice de séparation, de perte et d'abandon et ils activent très fortement leur système d'attachement en utilisant des stratégies avec besoin répété de réassurance, dramatisation du moindre souci, débordement émotionnel.

Les sujets préoccupés se vivent plus ou moins vulnérables, faibles, impuissants et incompetents. Ils recherchent donc immédiatement et constamment du soutien de la part de leur entourage.

Les sujets préoccupés privilégient le côté social avec un besoin de plaire et une anxiété de performance qui grèvent leurs capacités, génèrent un sentiment d'insatisfaction, de mécontentement, d'être sous-estimés, entraînant des conflits avec les autres. La peur d'échouer et de déplaire prédomine. Ils ont tendance à surévaluer les risques d'échec.

1.1.4.4/ Style d'attachement craintif/évitant

Ces sujets ont une image négative de leur Soi vécu comme solitaire et non désiré, et une image négative des autres. Ils ont développé des MIO où le Soi se sent seul, non digne d'être aimé, et les autres sont perçus comme rejetant. Ils craignent l'intimité et la solitude. Ils désirent des relations soutenantes dont ils ne sont jamais satisfaits.

Les sujets craintifs sont hyper-réactifs au stress, particulièrement avec leurs proches, stress qui est susceptible d'aboutir à la désorganisation et à l'effondrement de la cohérence psychologique et comportementale ainsi qu'à une défaillance des capacités de mentalisation.

Ces sujets ont tendance à avoir des demandes et des comportements contradictoires et destructeurs. Ils ne montrent leurs besoins de soutien qu'indirectement ou dans des situations extrêmes, quand ils ne sont plus capables de contrôler l'expression de leurs émotions.

Les sujets craintifs sont plutôt en retrait, méfiants, avec une tendance aux relations conflictuelles : ils recherchent la proximité, mais ils ont peur et ne font pas confiance.

1.1.5/ Attachement et relation de soin

La relation de soin entre patient et soignant, quelle que soit sa spécialité ou son statut (médecin, infirmier, aide-soignant...), est par définition une relation interpersonnelle et de ce fait sollicite le type d'attachement des protagonistes (19).

Dans le cas plus particulier des médecins psychiatres, il a été montré que le type d'attachement du praticien influence son attitude et sa contre attitude ou comme le définit S. Freud le contre-transfert présent dans toute interaction entre des personnes. Ainsi la capacité du thérapeute et sa flexibilité dans son rôle de base sécurisante pour le patient, notion adaptée à partir des travaux de M. Ainsworth, sont affectées par son propre système d'attachement. Le clinicien a donc comme tâche de comprendre ses propres réactions en réponse aux comportements du patient et de répondre de manière thérapeutique dans les situations sollicitant le système d'attachement.

J. Bowlby note, dès 1988, que la rencontre avec un professionnel dans le contexte d'une demande de soins constitue pour le patient demandeur une situation d'activation du système d'attachement (20). Il est en effet exposé à deux types de stress connus comme facteur déclencheur du dit système. Premièrement il se trouve dans un cadre non familier face à l'inconnu et deuxièmement il est dans une situation de vulnérabilité, voire de détresse. Dans ce cas précis cette détresse le pousse à demander de l'aide. Dans ce contexte son système d'attachement va donc être activé ainsi que ses stratégies habituelles de gestion de cette activation.

Malgré son importance dans la compréhension du contre-transfert, le rôle du type d'attachement du soignant sur la conduite de la thérapie reste encore peu étudié.

Le type d'attachement du thérapeute commence juste à susciter une exploration.

La plupart des travaux concernant l'attachement adulte ont étudié le domaine de la pathologie mentale et le contexte de soins psychothérapeutiques ; plus récemment, la médecine somatique est apparue comme un champ d'investigation à part entière (21).

La théorie de l'attachement pourrait avoir des intérêts théoriques et pratiques pour les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge et le soutien psychologique des patients, en particulier lors de pathologies chroniques.

Les différents styles d'attachement de l'adulte sont associés à des différences individuelles dans la régulation émotionnelle et les réactions au stress, mais aussi dans le recours aux soins nécessitant adhésion au diagnostic et compliance au traitement. Un attachement insécure pourrait être un facteur de vulnérabilité à la maladie par des biais comportementaux.

Les implications cliniques thérapeutiques se situent :

- Au niveau de l'amélioration de la connaissance des différents styles d'attachement par les cliniciens, ce qui pourrait favoriser l'empathie et leur apporter un éclairage sur certaines relations thérapeutiques difficiles en diminuant leurs sentiments de frustration ;
- Au niveau de la structuration et de l'organisation des soins, leur permettant de prendre des dispositions thérapeutiques adaptées à chaque style relationnel.

1.1.6/ Modalités d'évaluation de l'attachement

L'Adult Attachment Interview (AAI) élaboré par Mary Main comme vu précédemment est la méthode de référence pour déterminer le type d'attachement d'un individu. Il nécessite un entretien d'environ une heure avec un questionnaire semi-dirigé qui doit être réalisé par une personne expérimentée.

Il existe cependant d'autres techniques pour déterminer le type d'attachement plus pratiques à réaliser.

Le RSQ est un auto-questionnaire de 30 items, élaboré à partir du Relationship Questionnaire et de l'Adult Attachment Scale (AAS) de Collins et Read.

Les items sont regroupés en quatre sous-échelles qui permettent d'identifier les quatre types d'attachement :

- la sous-échelle « sécurée » est composée de cinq items ;
- la sous-échelle « craintif » de quatre items ;
- la sous-échelle « préoccupé » de trois items ;
- la sous-échelle « détaché » de cinq items.

Le sujet cote chaque item sur une échelle de Likert en cinq points, en fonction du degré auquel la description de l'item s'applique à lui. Les scores pour chaque échelle sont calculés en suivant les consignes de Griffin et Bartholomew. Le score le plus élevé obtenu dans les sous échelles permet de définir le type d'attachement principal du sujet.

Les items du RSQ ont été traduits en français par les auteurs puis ont fait l'objet de deux traductions croisées indépendantes. Les versions ont été comparées à la version originale et la version obtenue par consensus a été acceptée par les auteurs du questionnaire (Bartholomew et al.) (2).

1.2/ Incertitude

« *La certitude est une illusion, seule l'incertitude est certaine* »

Logan et Scott (22)

1.2.1/ Définition de l'incertitude

L'incertitude est définie dans le Larousse comme « l'état de quelqu'un qui ne sait quel parti prendre, état plus ou moins préoccupant de quelqu'un qui est dans l'attente d'une chose incertaine. » (23).

Claude Bernard parle de l'incertitude dans la pratique de la médecine : « cette liberté que garde l'expérimentateur est, ainsi que je l'ai dit, fondée sur le doute philosophique. En effet, nous devons avoir conscience de l'incertitude de nos raisonnements à cause de l'obscurité de leur point de départ » (24).

De manière plus précise, le Centre National de Recherche Textuelle et Lexicale (créé en 2005 par le CNRS) distingue les nuances suivantes :

- Caractère d'imprécision d'une mesure, d'une conclusion.
- Caractère imprécis, vague d'une perception, d'une image.
- Caractère imprévisible du résultat d'une action, d'une évolution. Impossibilité dans laquelle se trouve une personne de connaître ou de prévoir un fait, un évènement qui la concerne ; sentiment de précarité qui en résulte.
- État d'esprit d'une personne qui hésite à croire à la réalité d'un fait, à la vérité d'un jugement ou qui hésite à adopter et à maintenir une ligne de conduite (25).

Mais finalement, c'est plutôt la définition proposée par le Comité de la Prévention et de la Précaution pour le rapport ministériel « La décision publique face à l'incertitude » qui semble la plus proche de ce à quoi sont confrontés les médecins dans leur pratique :

« 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.

La représentation la plus simple d'une situation d'incertitude est le risque. On parle de risque lorsque l'on est en mesure de distinguer un ensemble d'issues possibles de la situation, de leur attribuer des degrés de vraisemblance et d'estimer l'ampleur des conséquences » (26).

1.2.2/ L'incertitude en médecine générale

Dans une étude réalisée en France, G. Bloy, sociologue, met en évidence la manière dont se présente l'incertitude en médecine générale. En effet, dans leurs pratiques, les médecins généralistes sont très souvent confrontés à l'incertitude. Cela vient notamment de leur place dans le système de soin en France ainsi que des caractéristiques de leur exercice. Ceci entre même dans le cadre de la définition européenne de la médecine générale « Spécialité clinique orientée vers les soins primaires. Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé [...] Elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide » (27).

La société française de Médecine générale estime que les deux tiers des consultations de médecine générale ne se terminent pas par un diagnostic au sens strict (28). La majorité des troubles ne trouvant pas davantage d'explications à l'issue de consultations ultérieures ou examens complémentaires.

Ce sont les médecins généralistes qui, intervenant en première intention, sont le plus confrontés aux demandes et plaintes des patients qualifiés de profanes. Ceci est source d'une plus grande incertitude que dans d'autres lieux de consultation.

De tous les médecins, les généralistes, par la diversité des plaintes profanes qui leur sont adressées, sont confrontés au champ de connaissances le plus étendu, voire infini, car cette spécialité n'est pas bornée. Le généraliste, quels que soient ses efforts pour parfaire ses connaissances, est le médecin qui sait un peu de chose sur tout.

D'après ses observations, G Bloy définit 3 types d'incertitudes à propos du savoir médical auxquelles sont confrontés les médecins généralistes :

- Niveau 1 : l'incertitude résulte d'une maîtrise incomplète, imparfaite du savoir médical disponible ;
- Niveau 2 : l'incertitude dépend des limites propres de la connaissance médicale du moment ;
- Niveau 3 : l'incertitude tient à la difficulté du médecin à faire la part entre les deux premiers niveaux.

Pour faire face au premier niveau d'incertitude, les médecins généralistes ont la possibilité de faire appel aux spécialistes détenteurs d'un savoir plus spécifique sur une question donnée (29).

Le professeur Éric B Beresford, à partir d'une étude réalisée chez les médecins au Canada, a identifié à la manière de G Bloy, 3 sources d'incertitude :

- L'incertitude technique : concerne les données de la science disponible, et celles détenues par le médecin ;
- L'incertitude personnelle : qui se réfère à la relation avec le patient et à la rencontre entre le savoir du médecin, sa vision de la maladie, du traitement et aux attentes du patient, ses représentations et sa capacité à exprimer ses souhaits et ressentis ;

- L'incertitude conceptuelle : est l'application par le médecin de données théoriques dans une situation concrète parfois loin de ce que l'on peut apprendre dans les livres [30].

Il suggère également que l'incertitude médicale est liée à la nature même de la médecine. L'incertitude ne peut être levée par toutes les avancées techniques possibles, au contraire elle pourrait en être exacerbée.

G Bloy et EB Beresford ont tous deux identifié des sources d'incertitude en médecine générale. Cependant si on reprend la définition de la médecine générale, on voit que l'incertitude est liée à son essence même : « (la médecine générale) permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée [...] Elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies » (27).

En pratique, tout acte médical est le résultat d'une série de décisions fondées sur des données incertaines. Au cours d'une consultation en médecine générale, sont chargés d'incertitudes :

- L'interrogatoire,
- L'examen clinique souvent imprécis et incomplet, voire trompeur,
- Les examens complémentaires d'interprétation difficile, n'apportant souvent pas une certitude absolue,
- Le pronostic et les risques évolutifs difficiles à apprécier alors qu'ils vont justifier les contraintes du traitement,
- Les résultats à attendre du traitement choisi, avantages escomptés et risques potentiels, appréciés à partir des données statistiques des études faites sur des populations sélectionnées, différentes du patient actuel.

L'adaptation de ces données probabilistes à un patient donné et à la décision qui va lui être proposée, augmentent encore l'incertitude à laquelle est confronté le médecin. Souvent, la décision concernant un problème donné s'insère dans un contexte de complexité, avec des pathologies multiples associées pour lesquelles les données des essais doivent être nuancées, augmentant encore l'incertitude (30).

Cette notion d'incertitude dans la pratique médicale a été ignorée, méconnue et sous-estimée jusqu'à récemment, conduisant ainsi les médecins à surestimer les certitudes apportées par les données scientifiques. Les médecins commencent tout juste à prendre conscience qu'une des dimensions de leur métier est de gérer l'incertitude (31).

Cette méconnaissance a sans doute plusieurs explications.

D'abord la croyance largement répandue que la science apporte des certitudes. C'est méconnaître toute la réflexion du XXe siècle sur la philosophie des sciences qui aboutit à la conclusion que tout savoir est de nature conjecturale. On ne peut donc parler que des données actuelles de la science et non de données acquises puisqu'elles sont en constante remise en question et évolution.

D'autre part, l'éducation médicale traditionnelle a promu la notion d'incertitude comme une manifestation d'ignorance, de faiblesse, d'échec. Les connaissances, les données scientifiques, et les algorithmes sont seulement les bases du raisonnement décisionnel, non des fins en eux-mêmes, ni des moyens permettant aux cliniciens d'éviter l'incertitude.

Enfin, l'incertitude est inconfortable et le médecin n'est pas préparé à la gérer. Pour y faire face, celui-ci a souvent tendance à multiplier examens et prescriptions, à appliquer automatiquement les dernières données triomphalistes de l'information. Alors que l'acceptation de l'incertitude et de l'imprédictibilité inhérente à la pratique clinique et à la nature probabiliste des données, notions qui s'opposent au confort trompeur de la fausse certitude, devrait permettre de mieux prendre en compte le patient dans toutes ses dimensions (22).

Selon les auteurs 20 % à 74 % des consultations concernent des symptômes physiques médicalement inexpliqués. Pour l'équipe anglaise d'universitaires de médecine générale du Dr Heneghan, dans la moitié des cas, l'incertitude persiste au-delà des trois étapes classiques de raisonnement médical (hypothèses diagnostiques, affinement de ces hypothèses et établissement d'un diagnostic) et donc certains symptômes resteront inexpliqués malgré toutes les stratégies mises en jeu (32).

Une étude hollandaise a cherché à évaluer la proportion de plaintes inexpliquées en médecine générale. Les auteurs partent du constat que les médecins généralistes sont régulièrement confrontés à des plaintes et des symptômes non spécifiques, source d'incertitude. Les plus communs sont la fatigue, les douleurs thoraciques, les céphalées, les lombalgies, les douleurs abdominales et les vertiges. Ces plaintes sont quotidiennes tout comme les situations où le généraliste ne peut formuler un diagnostic au cours de la consultation.

Il ressort de l'étude que près de 61 % des consultations retrouvent une explication aux plaintes du patient, 8.5 % montrent des doutes concernant l'explication des plaintes et 12.2 % restent inexpliquées (18.3 % n'ont pu être classés dans une catégorie).

Le collège de médecine générale allemand définit les plaintes inexpliquées comme une plainte pour laquelle il n'y a pas de symptômes alarmants et pour laquelle le médecin généraliste ne trouve pas d'explication médicale ni psychosociale plausible et ne peut décider d'un diagnostic spécifique malgré un interrogatoire, un examen clinique complet et en faisant attention au contexte psychosocial du patient (33).

Les plaintes inexpliquées sont un exemple seulement des situations d'incertitude en médecine générale, mais elles sont déjà d'une fréquence non négligeable.

1.2.3/Gestion de l'incertitude

Ces plaintes inexpliquées sont source d'incertitude et nécessitent une adaptation de la part du médecin afin de pouvoir répondre au patient et gérer la consultation.

On parle alors de tolérance à l'incertitude. Il s'agit de la capacité du médecin à travailler et mener la consultation sans connaître avec exactitude les mécanismes en cause et accepter l'incertitude.

Les résultats de la thèse de M. Lorenzo mettent en évidence 3 facteurs influençant cette tolérance à l'incertitude :

- Le contexte de la consultation : lieu et mode d'exercice du médecin (cabinet seul ou de groupe, en ville ou à la campagne loin de tout centre de soin hospitalier), le temps dont il dispose (agenda saturé, urgences, retard dans les consultations) et la pression médico-légale,
- Le médecin : son expérience et sa personnalité,
- Le patient : ses représentations de la maladie, de son corps, de ses symptômes, sa personnalité et son inquiétude (34).

G. Bloy définit plusieurs positionnements des médecins par rapport à l'incertitude en fonction de la considération du médecin face à la plainte profane apportée par le patient et de son savoir scientifique, de sa vigilance scientifique en rapport avec les recommandations de pratique.

- L'incertitude balisée : le médecin utilise une stratégie de réduction de la plainte profane en référence aux standards médicaux spécialisés, le médecin a tendance à écarter tout élément qui s'éloigne de son savoir médical, la prise en charge est très « carrée », scientifique avec une tendance à la réduction de la médication mais pas de la demande d'explorations complémentaires, le médecin laisse peu de place aux sciences humaines.
- L'incertitude prégnante : prise en charge globale des patients sans réduction de la plainte profane et avec de réelles compétences et un investissement dans la formation médicale continue, le médecin se base sur l'Évidence Base Médecine (EBM) et sur son expérience clinique personnelle pour avancer, l'incertitude sert alors de moteur de recherche d'une qualité de pratique.
- L'incertitude explorée : prise de distance vis-à-vis des standards de la biomédecine avec une valorisation de la connaissance de proximité, individualisée, importance de la parole et de l'écoute correspondant à une forme d'adaptation au bouleversement cognitif imposé par le contenu des plaintes, c'est l'opposé de l'incertitude balisée.
- L'incertitude contenue : pratique dans laquelle domine un opportunisme économique sans scrupule avec une incertitude balayée par le déni ou par des examens complémentaires et un recours important au spécialiste pour palier à un examen clinique peu poussé (29).

1.2.4/ Méthodes d'évaluation de l'incertitude

Bien que les variations dans les pratiques des médecins et l'utilisation des ressources soient bien documentées, les raisons de ces variations sont moins bien comprises. L'incertitude inhérente aux soins des patients peut être une explication. Les mesures existantes d'intolérance à l'incertitude, développées dans des contextes extérieurs aux soins des patients, ne permettent pas pour autant d'expliquer ces variations. C'est dans ce contexte qu'a été créé la première échelle propre au domaine médical : la Physicians' reaction to Uncertainty Scale (PRU).

Ce questionnaire contenait au départ 61 items envoyés à un échantillon de 700 médecins en Caroline du Nord et Oregon. Les items couvraient neuf champs de réaction des médecins confrontés à l'incertitude déterminée à partir d'entretiens avec des praticiens (35).

Une deuxième évaluation de cette échelle a ensuite été réalisée en 1995 afin de valider son interprétation. Le modèle structurel de l'échelle originale de la PRU ne correspondait pas aux données. À partir des résultats de cette étude, la PRU a été restructurée en 4 sous échelles qui évaluent :

- L'anxiété due à l'incertitude,
- Les préoccupations concernant les mauvais résultats,
- La réticence à divulguer l'incertitude aux patients,
- La réticence à divulguer des erreurs aux médecins.

Ces modèles structurels révisés sont plus efficaces et ont un meilleur ajustement aux données que la PRU originelle. Ce sont ces 4 sous échelles qui sont actuellement utilisés pour évaluer la gestion de l'incertitude à l'aide de la PRU (36).

Les items sont notés sur une échelle de Likert en 6 points permettant d'obtenir une valeur équivalente à un niveau pour chaque sous échelle.

La version originale présente une cohérence interne acceptable avec des valeurs alpha de Cronbach de plus de 0,70 pour toutes les échelles et une fiabilité test-retest élevée (0,72–0,86). Sa capacité à mesurer les différences pertinentes en réaction à l'incertitude a été démontrée dans plusieurs études (35,37). La PRU a été traduite en allemand, mais il n'existe à ce jour pas de version française validée.

À partir de cette échelle principale qu'est la PRU, le professeur Antonius Schneider a mis au point le Dealing with Uncertainty Questionnaire (DUQ). Cependant, l'objectif principal de la PRU était d'étudier la composante émotionnelle face à l'incertitude. La DUQ vise plutôt à refléter le niveau d'activité à visée diagnostique entrepris par le médecin pour résoudre un problème et faire face à l'incertitude. Cette échelle préliminaire a ensuite été soumise à un focus groupe avant que sa version définitive ne soit testée sur un groupe de médecins. L'analyse des résultats confirme la validité de cette échelle par rapport à la PRU (38).

1.3/ Question de recherche et objectifs de l'étude

1.3.1/ Question de recherche

La question de recherche est : Existe-t-il une différence de niveau d'anxiété et de prise en charge de l'incertitude en fonction du type d'attachement du médecin ?

1.3.2/ Objectifs de l'étude

L'incertitude est, comme on vient de le voir, au cœur des consultations de médecine générale. Elle peut être source d'anxiété pour le médecin et peut l'amener à faire de nombreux examens

afin de la réduire. L'objectif de ce travail était de chercher s'il existe une corrélation entre le type d'attachement du médecin, sécure, distant, préoccupé ou craintif, et sa façon de réagir, son ressenti en situation d'incertitude lors des consultations de médecine générale.

Objectif principal de l'étude :

- Mesurer le niveau d'anxiété et les modalités de gestion de l'incertitude des médecins généralistes en fonction de leur type d'attachement.

Objectifs secondaires :

- Définir la répartition des types d'attachement dans la population des médecins généralistes.
- Déterminer les modalités de gestion de l'incertitude des médecins généralistes en fonction du degré d'anxiété.
- Déterminer les modalités de gestion de l'incertitude des médecins généralistes en fonction de l'inquiétude de faire une erreur.

2/ Méthode

2.1/ Type d'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive transversale.

2.2/ Population source

L'étude a été réalisée auprès des médecins généralistes exerçant en Béarn et Soule, département des Pyrénées Atlantiques (64B).

Les critères d'inclusion étaient : être médecin thésé et installé, exercer la médecine générale en activité libérale en Béarn et Soule (64B), et être inscrit sur les pages jaunes. Les critères d'exclusion étaient : exercer une autre spécialité que la médecine générale en tant que discipline principale (médecin coordonnateur d'EHPAD, homéopathie, acupuncture, ostéopathie, gynécologie), être médecin salarié ou exercer en service hospitalier, être médecin remplaçant.

2.2/ Critères de jugement

Le critère de jugement principal de ce travail était le type d'attachement défini selon le Relationship Scale Questionnaire.

2.4/ Questionnaire

Le questionnaire soumis aux médecins (voir annexe 2, page 58) comportait 4 parties distinctes :

- Partie 1 : caractéristiques sociodémographiques des médecins

Elle comportait 6 questions sur l'âge, le sexe, le type d'activité et le fait d'être maître de stage.

- Partie 2 : évaluation du type d'attachement du médecin.

Après avoir expliqué brièvement ce qu'était l'attachement en introduction des questions, nous avons utilisé un extrait de la version française du Relationship Scale Questionnaire (39). Cette partie comprenait 16 questions. Les médecins répondaient à l'aide d'une échelle de Likert allant de 1 « pas du tout comme moi » à 6 « tout à fait comme moi ». Le score obtenu à partir des réponses permettait de déterminer le type d'attachement prédominant du sujet interrogé.

- Partie 3 : ressenti face à l'incertitude en consultation

En introduction à ces questions une définition de l'incertitude a été rappelée. Il s'agissait dans cette partie d'identifier ce que pouvait ressentir le médecin dans une situation d'incertitude à partir de la PRU grâce à 10 items. Les réponses étaient également obtenues à partir d'une échelle de Likert se présentant de la même façon que dans la partie précédente. Le score obtenu permettait d'obtenir un niveau d'anxiété des médecins.

- Partie 4 : attitude des médecins en situation d'incertitude.

Il s'agissait ici d'identifier les comportements adoptés par les médecins en situation d'incertitude à partir de la PRU en 12 questions. Les items étaient répartis en 3 sous catégories : le recours au spécialiste, aux examens complémentaires et l'inquiétude de faire une erreur. La même échelle de Likert que ci-dessus était utilisé pour coter les résultats. Pour l'analyse des scores concernant cette partie, nous avons pris le parti de regrouper les scores en 2 catégories :

- Une catégorie rarement/non pour les valeurs entre 1 et 2,
- Une catégorie souvent/oui pour les valeurs supérieures ou égales à 3.

2.5/ Aspects administratifs et éthiques

Cette étude a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL.

2.6/ Déroulement de l'étude

Pour l'élaboration du questionnaire, une traduction des items de la PRU a d'abord été nécessaire. Une première traduction a été réalisée par nos soins puis un traducteur indépendant en a fait la traduction inverse afin de vérifier la concordance avec le questionnaire original. Le RSQ existait déjà en version française.

Le questionnaire a ensuite été mis en forme en ligne grâce au logiciel Google Forms®.

Un premier contact téléphonique a été pris avec les médecins généralistes afin de vérifier leur éligibilité, leur présenter le thème de l'étude et obtenir leur consentement ainsi que leur adresse mail pour leur communiquer le questionnaire.

Les médecins ont ensuite reçu un mail explicatif avec le lien internet pour accéder au questionnaire.

Enfin, les médecins n'ayant pu être joints au premier appel ont été rappelés pour tenter d'obtenir leur consentement.

2.7/ Analyse statistique

Le logiciel de statistique R® a été utilisé pour conduire les différentes analyses.

Afin d'évaluer si deux variables qualitatives étaient indépendantes, des tests du Chi2 ont été utilisés lorsque les effectifs le permettaient. Pour les sous-groupes d'individus avec des effectifs plus réduits, des tests de Fisher ont été conduits.

À chaque comparaison, l'hypothèse H0 suivante était testée : les deux variables étaient indépendantes.

Lorsque la valeur de p (ou probabilité critique) était inférieure à 5 %, l'hypothèse H0 était rejetée et les deux variables étaient considérées comme non indépendantes ou liées.

3/ Résultats

3.1/ Diagramme des flux

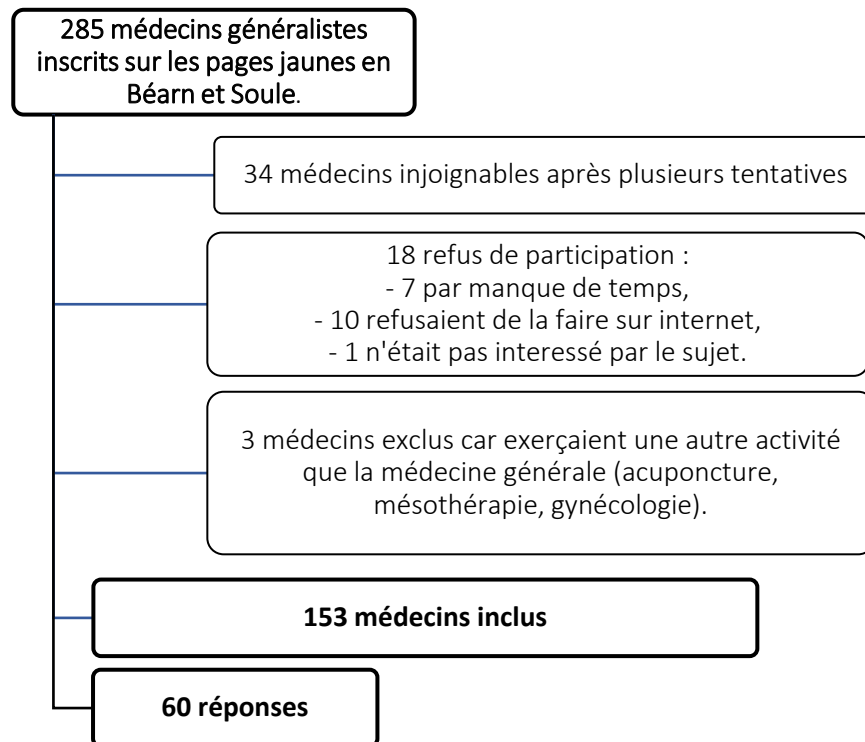


Figure 1 Diagramme des flux

3.2/ Description de la population de l'étude

3.2.1/ Sexe

Il y avait 20 femmes médecins soit 32.8 % et 41 hommes soit 67.2 %.

3.2.2/ Age

Les médecins ayant répondu au questionnaire avaient entre 30 et 69 ans. La moyenne d'âge était de 51,66 ans avec une médiane à 55,5 ans.

Les femmes avaient en moyenne 49,6 ans et les hommes 52,97 ans.

4 médecins n'ont pas donné leur âge.

Tableau 2 Classes d'âge des médecins

	Nombre	Pourcentage
Age < 40 ans	11	19,6
Age entre 40 et 49 ans	10	17,9
Age entre 50 et 59 ans	19	33,9
Age ≥ 60 ans	16	28,6
Total	56	100

3.2.3/ Lieu d'exercice

48.4 % des médecins interrogés déclaraient exercer en milieu semi-rural, 28.3 % en zone urbaine et 23.3 % en zone rurale.

73.8 % des médecins étaient installés en cabinet de groupe et 26.2 % travaillaient seuls.

3.2.4/ Nombre d'années d'installation

Les médecins enquêtés étaient installés depuis 6 mois à 41 ans. La moyenne était de 21 ans et la médiane de 23 ans. 2 médecins n'ont pas répondu à la question.

Tableau 3 Nombre d'années d'installation des médecins

	Nombre	Pourcentage
Installation < 10 ans	13	22,4
Installation depuis 10 à 19 ans	10	17,2
Installation depuis 20 à 29 ans	17	29,3
Installation depuis 30 à 39 ans	16	27,6
Installation ≥ 40 ans	2	3,5
Total	58	100

3.2.5/ Maître de stage

Parmi les 60 médecins interrogés seulement 17 étaient maîtres de stage soit 27.9 %.

3.3/ Type d'attachement

3.3.1/ Répartition des types d'attachement

Sur les 60 médecins interrogés, 14 avaient un type d'attachement sécuritaire, 13 un type craintif, 29 un type distant et 1 préoccupé.

Parmi les 3 restants, le questionnaire n'a pas permis de faire ressortir un type d'attachement prédominant. Par la suite ils ont été classés dans la catégorie « autre ».

Tableau 4 Répartition des types d'attachement

	Nombre	Pourcentage
Attachement sécuritaire	14	23,33
Attachement craintif	13	21,67
Attachement distant	29	48,33
Attachement préoccupé	1	1,67
Autres	3	5,00
Total	60	100

3.3.2/ Caractéristiques des médecins en fonction du type d'attachement

Tableau 5 : Caractéristiques des médecins selon le type d'attachement (MSU : Maître de Stage des Universités)

	Craintif	Distant	Sécuritaire	Préoccupé	Autres	p
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Sexe	Hommes	11 (27,5)	20 (50,0)	9 (22,5)	0 (0)	0,45
	Femmes	2 (12,5)	9 (56,2)	5 (31,3)	1 (0)	
Âge	<40	1	4	4	0	
	40-49	2	6	1	1	
	50-59	6	7	6	0	
	≥60	3	9	2	0	
MSU	Oui	7 (41,2)	5 (29,4)	5 (29,4)	0 (0)	0,02
	Non	5 (11,9)	24 (57,1)	9 (21,4)	1 (2,4)	

La répartition des médecins concernant l'âge et le sexe en fonction du type d'attachement ne présentait pas de différence.

Il existait une différence significative dans la répartition des types d'attachement des médecins maîtres de stage qui étaient majoritairement craintifs, alors que les praticiens non MSU étaient en majorité distants.

3.4/ Niveau d'anxiété liée à l'incertitude en fonction du type d'attachement

Le niveau moyen d'anxiété des médecins était de 9.5/20.

Chez les médecins de type sécuritaire, la moyenne était de 7.7, chez ceux craintifs elle était de 12.0, chez les médecins distants de 9.2. Le praticien de type préoccupé obtenait un score de 10.0.

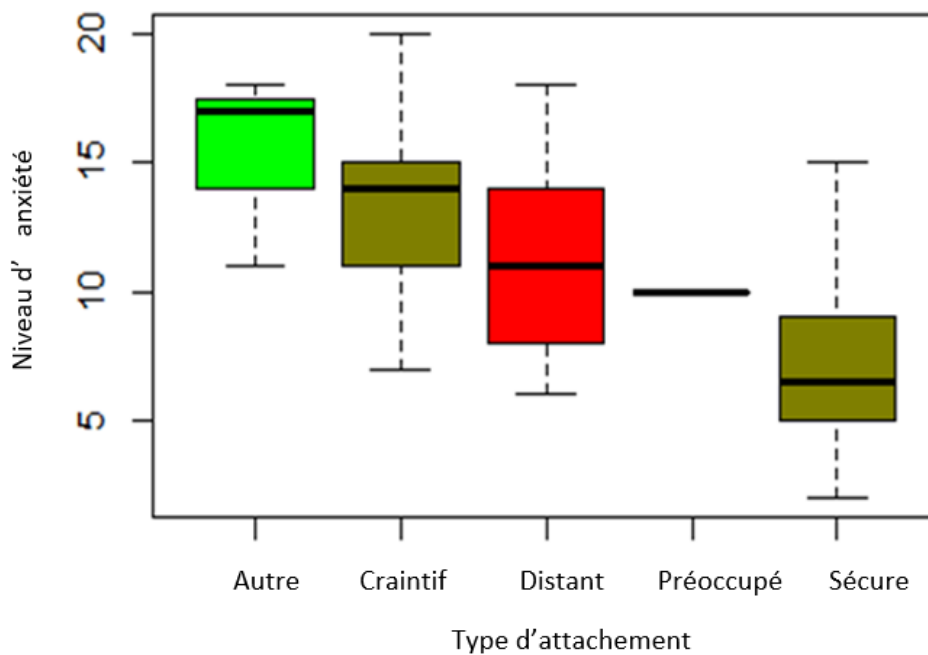


Figure 2 Niveau d'anxiété selon le type d'attachement

Le niveau d'anxiété des praticiens était plus élevé dans le groupe craintif que dans celui sécuritaire de façon statistiquement significative ($p=0.0007704$).

3.5/ Gestion de l'incertitude en fonction du type d'attachement

3.5.1/ Type d'attachement et recours au spécialiste

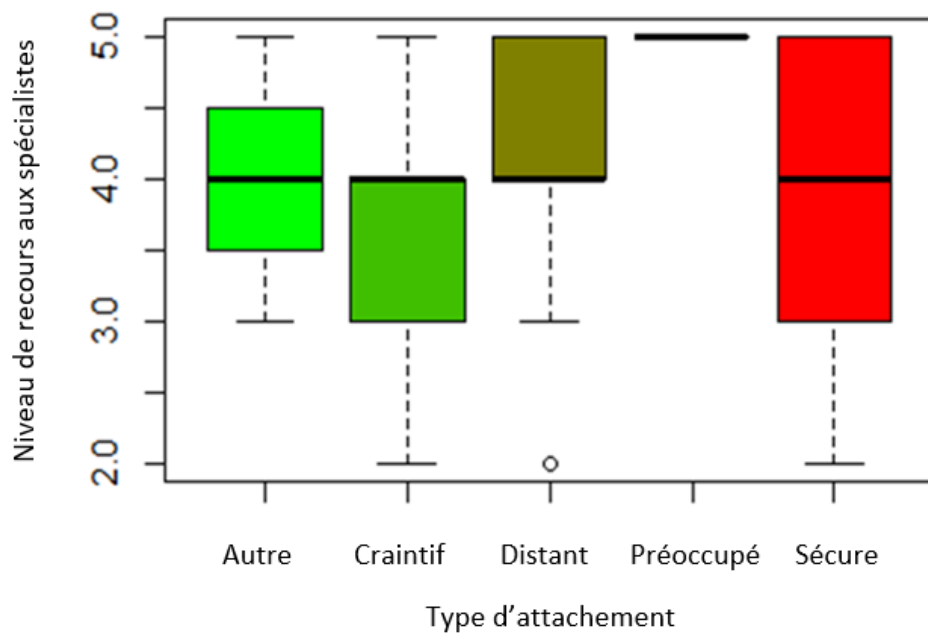


Figure 3 Niveau de recours au spécialiste selon le type d'attachement

On observait que les moyennes de recours au spécialiste en fonction du type d'attachement du médecin était équivalente.

3.5.2/ Type d'attachement et recours aux examens complémentaires

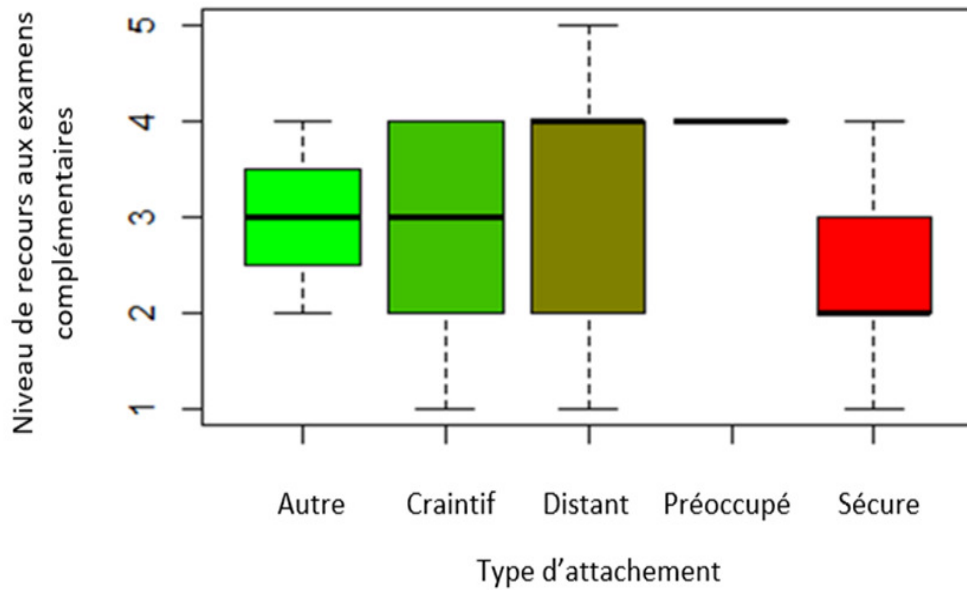


Figure 4 Niveau de recours aux examens complémentaires selon le type d'attachement

On observait une répartition des données similaire sans différence significative.

3.5.3/ Type d'attachement et attitude expectative

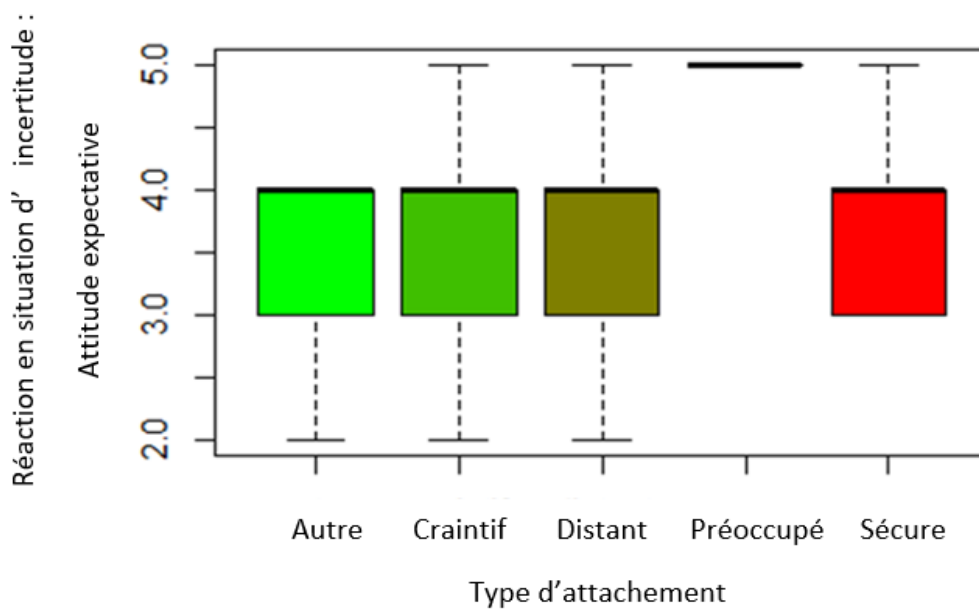


Figure 5 Attitude expectative selon le type d'attachement

On observait une répartition identique selon le type d'attachement du médecin quant au fait de se laisser du temps avant de faire des investigations complémentaires en cas d'incertitude.

3.6/ Gestion de l'incertitude en fonction du niveau d'anxiété

3.6.1/ Niveau d'anxiété et recours au spécialiste

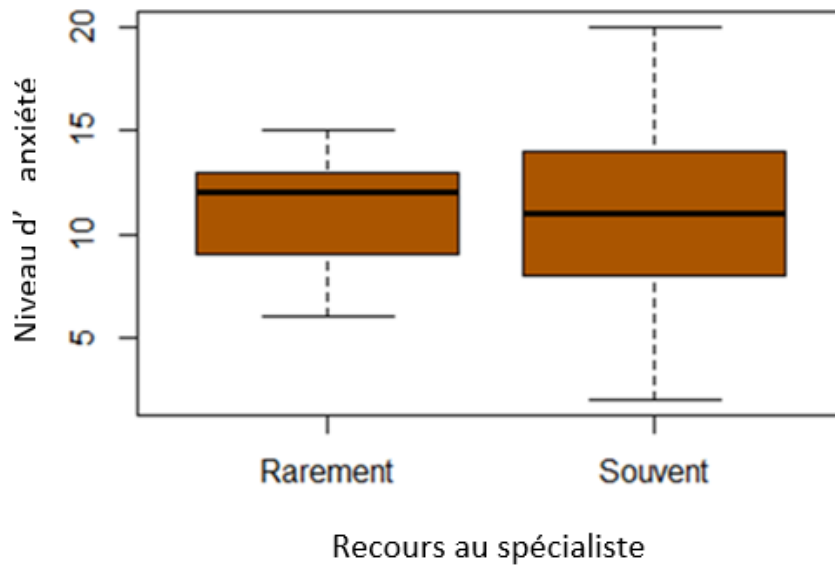


Figure 6 Niveau d'anxiété et recours au spécialiste

On n'observait pas de différence significative selon le niveau d'anxiété dans le recours plus ou moins fréquent au spécialiste en situation d'incertitude ($p=1$).

3.6.2/ Niveau d'anxiété et attitude expectative

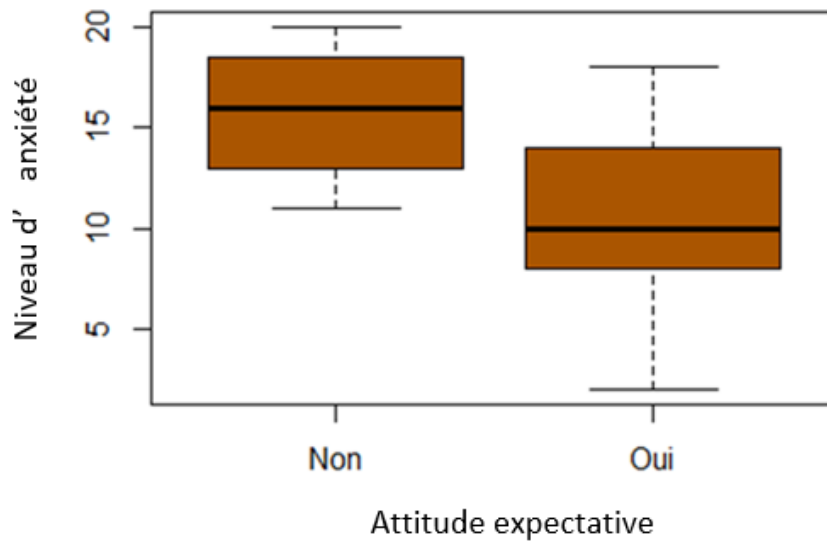


Figure 7 Niveau d'anxiété et attitude expectative

On observait que les médecins ayant un niveau d'anxiété élevé avaient moins tendance à se laisser du temps en cas d'incertitude. Cette différence était significative ($p=0.02841$).

3.6.3/ Niveau d'anxiété et augmentation de la prescription d'examens complémentaires

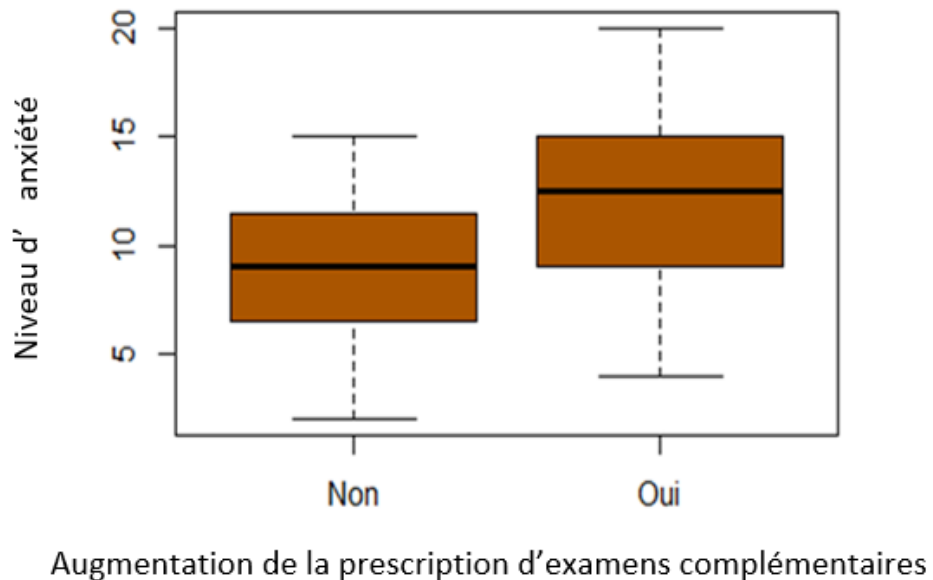


Figure 8 Augmentation de la prescription d'examens complémentaires et niveau d'anxiété

On observait une augmentation des prescriptions d'examens complémentaires chez les médecins ayant un niveau d'anxiété plus élevé de façon significative ($p=0.007551$).

3.7/ Gestion de l'incertitude en fonction de l'inquiétude de faire une erreur

3.7.1/ Inquiétude de faire une erreur et recours au spécialiste

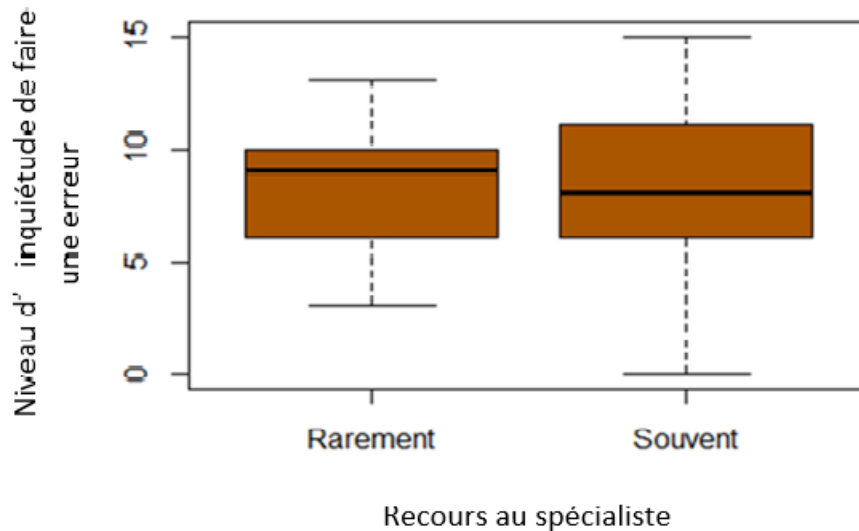


Figure 9 Recours au spécialiste en fonction de l'inquiétude de faire une erreur

Le recours aux examens complémentaires n'était pas corrélé à l'inquiétude de faire une erreur médicale ($p=0.9579$).

3.7.2/ Inquiétude de faire une erreur et attitude expectative

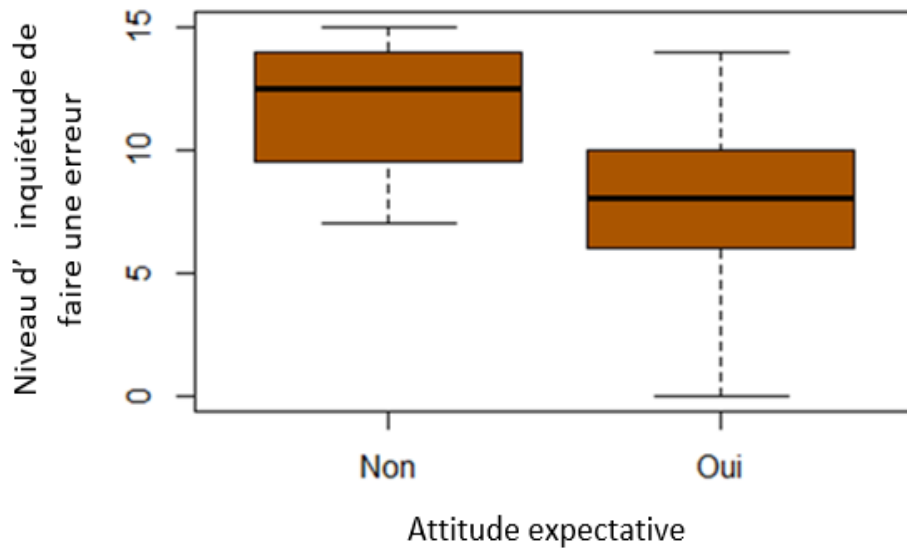


Figure 10 Attitude expectative en fonction de l'inquiétude de faire une erreur

On observait une attitude expectative plus fréquente chez les médecins moins inquiets de faire une erreur. Cette différence était significative. ($p=0.03637$)

3.7.3/ Inquiétude de faire une erreur et augmentation de la prescription d'examens complémentaires

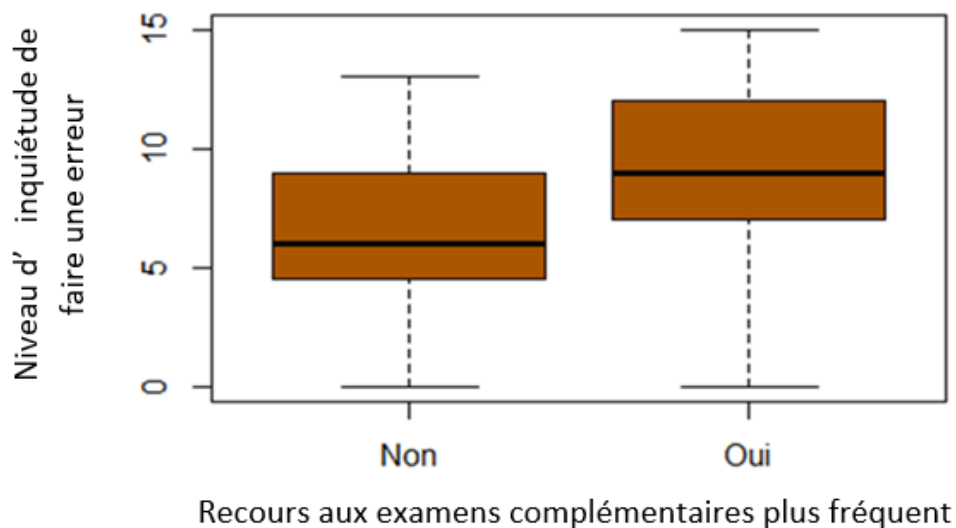


Figure 11 Augmentation de la prescription d'examens complémentaires en fonction de l'inquiétude de faire une erreur

On notait une augmentation de la prescription des examens complémentaires chez les médecins plus inquiets d'une erreur médicale en situation d'incertitude. Cette augmentation était significative ($p=0.009289$).

3.8/Conclusion des résultats

Dans notre étude nous n'avons pas mis en évidence de différence significative dans l'attitude des médecins quant à leur type d'attachement.

En revanche, l'anxiété et l'inquiétude de faire une erreur semblait induire une modification de la gestion des situations d'incertitudes par les praticiens avec un seuil significatif $p < 0.05$.

4/ Discussion

4.1/Discussion de la méthode

4.1.1/Choix de la question

Nous avons choisi de faire cette étude sur l'attachement et la gestion de l'incertitude, car nous n'avons trouvé aucune étude sur le sujet dans la littérature. Nous avons seulement relevé des remarques en fin d'article sur l'attachement évoquant cette question.

De nombreuses études montrent que l'incertitude est une notion centrale en médecine et notamment en médecine générale. Il s'agit d'un problème quotidien pour les médecins et la gestion de ces situations de doute sont souvent vécues comme difficiles par les praticiens.

D'un autre côté, la notion d'attachement dans le soin apparaît essentiellement dans des travaux de pédiatrie et de psychiatrie. En effet dans ces deux domaines, l'attachement, décrit par J. Bowlby, M. Ainsworth et M. Main, joue un rôle évident dans la prise en charge du patient. En pédiatrie, comme cela a été expliqué précédemment, l'attachement explique pour beaucoup les réactions des enfants et la compréhension de ce phénomène permet un meilleur accompagnement de l'enfant et des parents au cours du soin. En psychiatrie, la question de l'attachement a été étudiée dans le soin et, notamment, dans les situations d'échec de la relation thérapeutique.

Il existe une méta-analyse sur la notion d'attachement comme ressource dans la relation médecin patient en médecine générale mais, là encore, il s'agit surtout de l'attachement du patient qui est étudié. Cependant la question de l'attachement du médecin est aussi évoquée dans ce travail comme facteur intervenant aussi dans la relation avec le patient mais sans donner plus d'explication (40).

Pourtant dans la relation médecin patient il semble évident que l'attachement des deux protagonistes est activé. C'est à partir de ce constat que nous avons décidé de réaliser cette enquête.

4.1.2/ Choix de la population

Pour le choix des médecins nous avons décidé d'inclure tous les médecins inscrits sur les pages jaunes car c'était, semble-t-il, le listing le plus complet des médecins généralistes de la région.

Nous nous sommes limités à la région de Béarn et Soule et non au département des Pyrénées-Atlantiques, car historiquement les médecins sont divisés entre Bayonne et Pau, avec deux antennes séparées du conseil de l'ordre des médecins et deux CPAM distinctes.

Si on prend les données du Conseil National de l'Ordre des Médecins, notre échantillon partage des caractéristiques communes avec la population source. L'âge moyen des médecins généralistes en activité régulière dans la France entière est de 50,6 ans en 2018. Les femmes

représentent 48.2 % des effectifs de médecins en activité régulière (41). Dans notre étude l'âge moyen des médecins était de 51.6 ans et la proportion de femmes était de 32.8 %.

4.1.3/Forces de l'étude

La principale force de cette étude est l'originalité du sujet. Comme nous l'avons montré, il s'agit d'une question qui n'a encore jamais été traitée de la sorte. Cependant, l'intérêt de réaliser un tel travail est soulevé dans plusieurs travaux déjà publiés.

Lors des contacts téléphoniques avec les médecins, il semblait évident que la question de l'incertitude était un problème qui les intéressait. La question de l'attachement, notion souvent peu connue des généralistes car relevant plutôt du domaine psychiatrique, suscitait leur curiosité.

4.1.4/ Faiblesses de l'étude

Il existe un manque de puissance dans ce travail. Sur les 285 médecins inscrits sur les pages jaunes, à peine un peu plus de la moitié a accepté de recevoir le questionnaire, 153 médecins soit 53.7 %. Et finalement 60 médecins seulement y ont effectivement répondu soit 21 %.

La plus grosse difficulté a été de joindre les médecins. À cause des numéros non actualisés sur les pages jaunes et non corrigibles même avec les données du conseil national de l'ordre des médecins ou une recherche internet plus standard, 77 médecins n'ont pu être contactés. Donc au total nous n'avons pu travailler qu'avec 205 médecins (3 médecins exclus après contact téléphonique, car ils exerçaient une autre activité que la médecine générale).

S'ajoutent à ceux-là les 34 médecins qui n'ont pu être joints malgré un numéro valide et de multiples tentatives.

Les principales autres difficultés ont été le manque de temps signalé par 7 médecins soit 3.4 %. Le Béarn et la Soule font partie des bassins où la population a augmenté sans que la densité des médecins généralistes n'augmente (41).

Enfin, 11 médecins ont refusé de participer soit 5.4 % dont seulement 1 par non-intérêt pour la question. Aux vues de ces résultats, nous pouvons nous demander si nous n'aurions pas pu améliorer la puissance de ce travail en nous rendant directement au contact des médecins pour leur présenter de vive voix notre projet et essayer ainsi de susciter une meilleure adhésion.

L'autre principale faiblesse de l'étude est méthodologique.

Pour des raisons pratiques, l'étude a été réalisée sous forme d'auto-questionnaire à partir du RSQ pour évaluer le type d'attachement du médecin. Ce questionnaire est validé y compris dans sa traduction française (40) ce qui en fait un outil fiable. Or, dans un souci pratique pour les médecins interrogés nous n'avons pas retenu tous les items du questionnaire. Celui-ci en compte 30 au total dont seulement 17 sont spécifiques pour évaluer le type d'attachement et nous n'en avons retenu que 16. Le dernier item éliminé « Je veux être dans une intimité totale avec les autres quand il s'agit des émotions » était considéré comme peu explicite dans le

contexte d'un questionnaire professionnel. Le même procédé a été utilisé pour les échelles d'anxiété et de gestion de l'incertitude, toujours dans le souci que le questionnaire adressé aux médecins soit le plus succinct possible. Les résultats sont donc à interpréter dans ce contexte et nécessiteraient sans aucun doute un travail plus approfondi pour déterminer leur validité.

En ce qui concerne le type d'attachement, la technique de référence pour l'évaluer reste l'Adult Attachment Interview et non le RSQ.

Cependant, l'AAI est un entretien semi-dirigé qui nécessite d'être réalisé par quelqu'un d'entraîné ce qui n'était pas notre cas. Par ailleurs, cet entretien dure entre 45 et 60 minutes.

Or on a pu voir que répondre à un auto-questionnaire de quelques minutes posait déjà un problème en termes de disponibilité à certains médecins, cela aurait été d'autant plus vrai avec un entretien de près d'une heure. C'est par anticipation de ce problème de temps pour les médecins que nous voulions interroger que notre choix s'est porté sur l'auto-questionnaire.

La question que l'on peut donc se poser est de savoir si la réalisation de l'AAI aurait apporté des résultats différents concernant la répartition des types d'attachement dans notre échantillon.

4.1.5/ Biais

Plusieurs biais sont présents dans cette étude :

- Un biais de sélection

L'inclusion systématique de tous les médecins de la région limite le biais de sélection. Mais il existe un biais d'auto-sélection, car les médecins ont choisi eux même de participer ou non à l'étude.

Rappelons malgré tout que nous n'avons eu qu'un seul refus par désintérêt pour le sujet, les autres refus ayant été pour cause de manque de temps ou pour des raisons pratiques. On peut donc penser que ce biais reste donc limité.

- Un biais de désirabilité

Il s'agit d'un biais inhérent à la méthodologie d'enquête choisie à savoir l'auto-questionnaire. Toute personne interrogée a tendance à vouloir montrer une facette d'elle-même positive et à moduler ses réponses aux questions en fonction de ce qu'elle pense être la réponse attendue. Cependant les résultats des études divergent quant à savoir si la réalisation d'un questionnaire avec un examinateur favorise ou réduit ce biais de désirabilité (42). La réalisation de l'AAI aurait peut-être amené des réponses différentes.

- Un biais de halo

Lorsque, dans un questionnaire, plusieurs questions sont posées d'affilée sous la même forme, les interviewés ont tendance à répondre de manière semblable (à donner la même réponse). Compte tenu de la présentation des questions de notre étude, évaluation systématique sur échelle de Likert, ce biais est très certainement présent dans notre étude.

4.2/ Discussion des résultats

4.2.1/ Résultat principal

Dans la gestion de l'incertitude, le type d'attachement n'est pas associé de manière statistiquement significative aux pratiques des médecins généralistes en termes de recours aux spécialistes, aux examens complémentaires ni à l'opposé sur le fait de se laisser du temps avant de recourir à d'autres investigations.

Ce résultat peut s'expliquer de plusieurs façons :

- Tout d'abord, le manque de puissance évident de l'étude ne permettait pas de mettre en évidence de différence significative entre les différents types d'attachement alors qu'elle existe peut-être. La répartition des types d'attachement dans notre échantillon n'était pas équilibrée avec un seul médecin de type préoccupé.
- Ensuite, on peut se demander si les différences de pratique des médecins dépendantes de leur type d'attachement ne sont pas gommées par les études. En effet, nous avons désormais à notre disposition beaucoup de recommandations de pratique. Et n'oublions pas le concours de l'internat qui conditionne les étudiants à répondre à des situations cliniques standardisées par des protocoles qui le sont également. D'où une certaine uniformité des pratiques chez les médecins. Nous n'avons pas trouvé de publication sur ce sujet.

4.2.2/ Résultats secondaires

Pour l'analyse des résultats secondaires, les types d'attachement « préoccupé » et « autre » ont été volontairement éliminés car dans le premier cas il n'y avait qu'un seul praticien et dans le second les praticiens présentaient un mélange de plusieurs types d'attachement différents sans un type prédominant et dont on ne pouvait tirer de conclusion.

Le type d'attachement prédominant dans cette étude était celui distant pour 48.33 % des médecins. Les proportions de type d'attachement sécuritaire et craintif arrivaient ensuite avec respectivement 23.33 % et 21.67 %. Ces résultats semblent un peu surprenants de prime abord.

D'après une étude, le style d'attachement joue un rôle dans le choix de la pratique médicale notamment en fonction du facteur « relation avec le patient ». Les sujets de type sécuritaire auraient tendance à choisir davantage un exercice médical où cette relation au patient est au premier plan contrairement aux sujets craintifs/évitateurs. Ceci a été montré principalement en psychiatrie, discipline reposant presque totalement sur la relation médecin patient (43). Or la médecine générale est aussi une discipline où le lien tissé entre le médecin et son patient est au cœur du soin. Dans ce contexte observer autant de médecins avec un type d'attachement sécuritaire que craintifs n'était pas attendu.

D'autres études portant sur les styles d'attachement trouvent que les styles d'attachement craintifs prédominent chez les professionnels en santé mentale (44,45). Et cette dominance des styles craintifs n'est pas retrouvée sur les échantillons de médecins somaticiens. On voit

donc que le type d'attachement est variable d'une discipline à l'autre et qu'il semble y avoir d'autres facteurs que la relation médecin patient pour expliquer ces différences.

La répartition des types d'attachement au sein des médecins et notamment chez les médecins maîtres de stage mériterait d'autres études pour vérifier la tendance observée dans notre étude. 2 thèses de médecine générale ont été réalisées auprès de maîtres de stages par J. Cournet et P. Gossmann dans lesquelles ils mettent en évidence que les maîtres de stages ont des caractéristiques différentes des autres médecins généralistes tant sur le plan de la formation continue qu'ils déclarent effectuer que sur leurs habitudes de prescriptions. Dans ce contexte, le résultat constaté dans notre étude ne semble pas surprenant et permet peut être d'expliquer pour une part ces différences soulevées dans les travaux de messieurs Cournet et Gossmann (46,47).

En se basant sur cette idée, le type d'attachement distant, qui rappelons-le se définit par une image positive de soi et de ses propres ressources, une personnalité indépendante et une image plutôt négative des autres quant à l'aide qu'ils peuvent apporter, semble assez adapté au travail du généraliste. En effet, même si la tendance actuelle est au regroupement en cabinet pluridisciplinaire et de groupes, l'exercice de la médecine générale est plutôt solitaire. Il s'agit de la rencontre d'un médecin avec un patient. Il ne travaille que très peu en équipe bien qu'il fasse partie d'un réseau de soin. Le praticien prend seul les décisions, même s'il s'agit de s'adresser à un confrère pour un avis ou une prise en charge.

Si l'on regarde ensuite le type d'attachement et le niveau d'anxiété, il ressort que les médecins avec un type d'attachement craintif avaient un niveau d'anxiété significativement plus important que les médecins de type sécuritaire. Ces résultats semblent quant à eux tout à fait logiques.

Rappelons que les sujets de type craintif ont une tendance à l'hyperréactivité au stress, ce dernier pouvant, dans certaines conditions extrêmes, complètement désorganiser mentalement le sujet. Les sujets craintifs ont également une faible confiance en eux.

Les résultats de notre étude semblent donc cohérents de ce point de vue.

Une étude anglaise réalisée auprès d'infirmières montrait aussi que le type d'attachement influait sur le stress et le niveau d'anxiété ainsi que sur les réactions de coping pour y faire face. Les résultats de l'étude confirmaient que les infirmières de type craintif ressentaient davantage de stress que celles de type sécuritaire. Quant aux infirmières de type craintif ou distant semblaient être moins susceptibles de rechercher un soutien social émotionnel pour faire face à la situation que celles de type sécuritaire ou préoccupé (48).

Le ressenti des médecins en situation d'incertitude a fait l'objet de plusieurs études (31,48-52). L'incertitude est ainsi souvent associée à des sentiments négatifs et source d'anxiété pour les médecins. Cependant une thèse de médecine générale réalisée en 2013 en Corrèze par M. Pince retrouvait que les médecins associaient assez peu l'incertitude avec des sensations négatives et encore moins à de l'indifférence. Au contraire, il ressortait de son travail que l'incertitude était plutôt source de motivation, d'intérêt et de stimulation (53). Cela étant, intérêt et stimulation peuvent malgré tout être associés à de l'anxiété, mais celle-ci n'est pas forcément un frein à l'exercice du médecin.

Dans notre étude, il ressort par ailleurs que le niveau d'anxiété du médecin joue un rôle certain dans la gestion de l'incertitude. En effet, dans le cas où les médecins avaient un haut

niveau d'anxiété, ils avaient moins tendance à se laisser du temps avant de faire des investigations complémentaires et ils avaient tendance à prescrire davantage d'examens complémentaires par rapport à une situation d'incertitude avec un niveau d'anxiété moindre. Ces résultats sont statistiquement significatifs.

De même si l'on considère l'inquiétude de faire une erreur diagnostique ou thérapeutique en situation d'incertitude on observe les mêmes résultats.

Plusieurs études vont également dans ce sens-là (37,38). L'anxiété, les ressentis négatifs et l'intolérance à l'incertitude sont associés à une augmentation des investigations. Dans ce contexte-là le coût de prise en charge des patients est augmenté de 5 à 17 %.

Enfin, on peut s'interroger sur l'absence de lien trouvé dans notre étude entre le type d'attachement des médecins et leur gestion des situations d'incertitude. En effet, on vient de voir que le type d'attachement et le niveau d'anxiété des médecins pouvaient être corrélés d'une part et d'autre part que le niveau d'anxiété des praticiens pouvait influencer sur leur prescription d'examens complémentaires et leur recours aux spécialistes. Le résultat principal de l'étude semble donc un peu surprenant. Il a été évoqué précédemment le rôle potentiel des études comme explication à ce résultat. Il peut exister également d'autres facteurs que nous n'avons pas identifiés éliminant l'existence d'un lien direct entre attachement, anxiété et gestion de l'incertitude.

4.3/ Pour aller plus loin

Nous avons vu dans ce travail que l'incertitude est très présente dans la pratique quotidienne du médecin généraliste. Il apparaît aussi qu'elle semble être source d'anxiété et que les médecins ne sont pratiquement pas sensibilisés à sa prise en charge au cours de leur formation.

Nous avons vu que le type d'attachement du médecin ne semble intervenir que très peu dans la gestion de l'incertitude au quotidien. La démarche étant le plus souvent la même avec la réalisation d'examens complémentaires ou d'investigations afin de réduire cette incertitude.

Si l'on s'intéresse maintenant aux patients présentant des symptômes inexplicables, c'est-à-dire des symptômes pour lesquels aucune cause organique n'est identifiée ; situation elle aussi pourvoyeuse d'anxiété pour le médecin qui comme en situation d'incertitude ne peut donner au patient une explication exacte aux symptômes rapportés et donc situation qui active également le système d'attachement du médecin.

Plusieurs études montrent que la prise en charge des patients présentant ce genre de symptômes est similaire à celle de l'incertitude. La tendance des médecins dans ce contexte est souvent à la multiplication des examens ou au contraire une tendance à laisser de côté ces symptômes (54-58).

Ce constat n'a rien de surprenant : les médecins généralistes sont censés prendre en charge les patients et leurs symptômes de manière à minimiser l'anxiété, sans passer à côté de maladies physiques traitables. Néanmoins, les recommandations seraient plutôt en faveur d'une attitude expectative et attentive. Les généralistes sont probablement bien conscients de la valeur

limitée des tests de laboratoire pour les patients présentant des plaintes inexplicables. Les tests sont donc le plus souvent destinés à rassurer le patient.

Il a été également montré que les attentes du patient, énoncées par celui-ci ou ressenties par le médecin influencent directement ses prescriptions (32). Or, lorsque l'on interroge les patients il apparaît que ceux-ci sont le plus souvent demandeurs d'étayage psychologique plutôt que d'interventions d'un point de vue somatique. Le ressenti des médecins concernant les attentes supposées des patients concernerait dans ce contexte l'expression de la demande de soutien plutôt que celle d'investigations (57).

On voit donc que ces situations d'incertitude, tant celles étudiées dans ce travail que celles évoquées ci-dessus, sont compliquées à gérer pour les médecins généralistes et que la relation médecin patient est au cœur de la prise en charge. À travers cette relation, il semble difficile d'imaginer que les types d'attachement du médecin et du patient ne soient pas des facteurs importants dans la gestion de ces situations. Or ce sont des notions très peu enseignées aux étudiants en médecine. Ces situations sont difficiles à gérer pour les praticiens d'autant plus pour les jeunes médecins qui y sont confrontés pour la première fois lors des premiers remplacements ou au début de leur installation. On peut se demander d'ailleurs si la même étude menée chez de jeunes remplaçants montrerait les mêmes résultats. Dans tous les cas, il serait intéressant de former davantage les étudiants à la gestion de ces symptômes et de l'incertitude, peut être avec l'aide de psychiatres ou bien à travers la méthode de travail des groupes Balint centrée sur la relation médecin patient.

5/ Conclusion

Nous nous sommes interrogés dans ce travail sur le lien possible entre le type d'attachement du médecin généraliste et sa gestion des situations d'incertitude dans sa pratique de médecine générale en région de Béarn et Soule. Il ressort de cette étude que le type d'attachement intervient très peu quant à la gestion de l'incertitude à proprement parlé mais que l'anxiété du médecin joue, quant à elle, un rôle certain dans ce type de prise en charge.

La gestion de l'incertitude en médecine générale et le ressenti des médecins en cas d'incertitude a déjà largement été étudié. L'étude du rôle de l'attachement dans la relation médecin patient n'en est qu'à ses débuts surtout dans le domaine de la médecine générale. Bien que ce travail n'ait pas pu mettre en évidence de lien fort entre attachement et gestion de l'incertitude, continuer de travailler sur l'impact de l'attachement dans la pratique des médecins généralistes semble important pour améliorer nos compétences relationnelles et probablement aussi notre prise en charge plus générale des patients. Une meilleure connaissance de soi, de son fonctionnement propre vis-à-vis des autres, de ses compétences et de ses faiblesses en termes de relation pourrait permettre au médecin de prendre du recul par rapport à sa pratique et certainement de diminuer le stress ressenti dans ces situations d'incertitude. Ceci pourrait contribuer à une meilleure qualité de vie au travail des médecins.

Par ailleurs, il semblerait nécessaire de mettre davantage au cœur de nos études la question de la relation médecin patient afin de préparer au mieux les jeunes médecins aux difficultés éventuelles qu'ils vont rencontrer dans leur pratique. Il en est de même pour la question de l'incertitude.

Même si la tendance actuelle, par les progrès constants de la science, est à une médecine plus scientifique elle n'en reste pas moins une discipline appartenant aux sciences humaines. Et c'est ce qui la rend passionnante à mes yeux et ce pour quoi j'ai mené ce travail. M'aider à mieux comprendre ma relation avec mes patients et à gérer les situations difficiles tant sur le plan émotionnel que diagnostique ou thérapeutique.

Bibliographie

- (1) Bowlby J. Attachement et perte 1 l'attachement. Paris: PUF ; 2002.
- (2) Larousse É. Définitions : attachement [Internet]. Larousse. 2019 [consulté le 14/01/2020]. Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/attachement/6192>
- (3) Mistycki V, Guedeney N. Quelques apports de la théorie de l'attachement : clinique et santé publique. Recherche en soins infirmiers. 2007;89:43-51.
- (4) Pinel Jacquemin S. Savard N. La Théorie de l'Attachement, Une Approche Conceptuelle Au Service de La protection de l'enfance [Internet]. ONED. 2019 [consulté le 14/01/2020]. Disponible sur : https://www.oned.gouv.fr/system/files/publication/dossierthematique_theoriedelattachement_5.pdf
- (5) Pierrehumbert B. L'attachement en France. Dans: Pierrehumbert B, L'attachement de la théorie à la clinique. Toulouse : Eres Le Carnet psy ; 2007. p. 17-20.
- (6) Pillet V. La théorie de l'attachement : pour le meilleur et pour le pire. Dialogue. 2007;175:7-14.
- (7) Ainsworth M. Objet relations, dependency and attachement : a theoretical review of the infant-mother relationship. Child Development. 1969;40:969-1025.
- (8) Van Ijzendoorn M.H, Bakermans-Kranenburg M.J. Attachment representations in mothers, fathers, adolescents, and clinical groups: A meta analytic search for normative data. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1996;64:8-21.
- (9) Pierrehumbert B. Presentation et hommage à Mary Ainsworth. Carnet Psy. 1999;48:12.
- (10) Main M. L'attachement. De l'attachement à la psychopathologie. Enfance 1998;3:13-27.
- (11) Miljkovitch R. La théorie de l'attachement : une théorie déterministe ? Dans: Pierrehumbert B, L'attachement, de la théorie à la clinique. Toulouse : ERES Le Carnet psy ; 2007. p. 89-93.
- (12) Tereno S, Soares I, Martins E, Sampaio D, Carlson E. La théorie de l'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique. Devenir. 2007;19:151-188.
- (13) Favez N, Berger S. Présentation et validation de l'Indicateur pédiatrique du Style d'Attachement (PASI). Devenir. 2012;24(3):215-230.
- (14) Carlson E.A, Sroufe L.A. Contribution of attachment theory to developmental psychopathology. Dans: Cicchetti D, Cohen D, Developmental psychopathology. Volume I. New York: Wiley; 1995. p. 581-617.
- (15) Carlson EA. A prospective longitudinal study of attachment disorganization/disorientation. Child Dev. 1998;69(4):1107-28.

- (16) Liotti G. Disorganized/disoriented attachment in the etiology of dissociative disorders. *Dissociation*. 1992;4:196-204.
- (17) Miljkovitch R. L'attachement adulte. Dans: Miljkovitch R, L'attachement au cours de la vie. Modèles internes opérants et narratifs. Paris : PUF ; 2001. p. 195-241.
- (18) Genet C, Guédeney N. Attachement et personnalité chez l'adulte : les styles d'attachement et le fonctionnement psychologique. Dans: Guédeney N, Guédeney A, L'attachement : approche théorique. 4^e édition. Paris : Masson ; 2016. p. 181-190.
- (19) Guédeney N. Attachement du professionnel et relation thérapeutique. Dans: Guédeney N, L'attachement : approche clinique et thérapeutique. 2eme édition. Paris : Elsevier Masson ; 2016. p. 379-387.
- (20) Rusconi Serpa S, Guédeney N, Hervé MJ, Lamour M, Le Tronier P, Visier JP *et al.* Les ressentis négatifs du thérapeute. Partie 2 : Quelles stratégies thérapeutiques ? *Devenir*. 2009;21:7-29.
- (21) Attale C, M Consoli S. Interêt du concept d'attachement en médecine somatique. *Presse Med*. 2005;34(1):42-48.
- (22) Logan R.L, Scott P.J. Uncertainty in clinical practice : implications for quality and costs of health care. *Lancet*. 1996;347:595-598.
- (23) Larousse É. Définitions : incertitude [Internet]. Larousse. 2019 [consulté le 14/01/2020]. Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/incertitude/42222>
- (24) Bernard C. Introduction à l'étude de la médecine expérimentale. Paris: JB Baillere et fils; 1865. p.59.
- (25) Cnrtl. Incertitude : Définition de Incertitude [Internet]. Cnrtl. 2019 [consulté le 14/01/2020]. Disponible sur : <https://www.cnrtl.fr/definition/incertitude>
- (26) Comité de la prévention et de la précaution. La décision publique face à l'incertitude [Internet]. Ministère de l'écologie, de l'énergie, du développement durable et de la mer en charge des technologies vertes et des négociations sur le climat ; 2010 [Consulté le 14/01/2020]. Disponible sur : <https://www.ecologiquesolidaire.gouv.fr/sites/default/files/PPP%20avis%20201003.pdf>
- (27) WONCA. La définition européenne de la médecine générale – médecine de famille [Internet]. WONCA Europe. 2002 [consulté le 14/01/2020]. Disponible sur : <https://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
- (28) Chouilly J, Jouteau D, Ferru P, Griot E, Kandel O, Thomas Desessarts Y. Comment gérer le risque de l'incertitude diagnostique. Saint-Cloud : GMSanté éditeur ; 2017.
- (29) Bloy G. L'incertitude en médecine générale : sources, formes et accommodements possibles. *Sciences sociales et santé*. 2008;26(1):67-91.

- (30) Beresford E. Uncertainty and the shaping of medical decision. *Hastings Center Report*. 1991;21(4):6-11.
- (31) Gallois P. Gérer l'incertitude de la pratique médicale. *Medecine*. 2010;6(3):124-126.
- (32) Heneghan C, Glasziou P, Thompson M, Rose P, Balla J, Lasserson D et al. Diagnostic strategies used in primary care. *BMJ*. 2009;338:946.
- (33) Van der Weijden T, Van Velsen M, Dinant GJ, Van Hasselt C, Grol R. Unexplained complaints in general practice: prevalence, patients' expectations, and professionals' test-ordering behavior. *Med Decis Making*. 2003;23(3):226-231.
- (34) Lorenzo M. Tolérance à l'incertitude en médecine générale. Une démarche de théorisation ancrée à partir de 14 entretiens. Thèse de médecine, Strasbourg: Université de médecine; 2013.
- (35) Gerrity MS, DeVellis RF, Earp JA. Physicians' reactions to uncertainty in patient care. A new measure and new insights. *Med Care*. 1990;28(8):724-36.
- (36) Gerrity M.S., Whit K.P, DeVellis R.F, Dittus RS. Physicians' Reactions to Uncertainty: Refining the constructs and scales. *Motiv Emot*. 1995;19:175.
- (37) 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;18(3):320-9.
- (38) Schneider A , Löwe B , Barie S , Joos S, Engeser P, Szecsenyi J. How do primary care doctors deal with uncertainty in making diagnostic decisions ? *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2010;16:431-7.
- (39) Guédeney N, Fermanian J, Bifulco A. La version française du Relationship Scales Questionnaire de Bartholomew (RSQ, Questionnaire des échelles de relation) : étude de validation du construit. *L'Encéphale*. 2010;36(1):69-76.
- (40) Guillemeney J, Clary B, Labadie-Fobis A, Oude Engberink A, Pavageau S. La théorie de l'attachement est une ressource pour la relation médecin-patient : méta-synthèse qualitative. *Annales Médico-psychologiques*. 2019;177(4):335-341.
- (41) Bouet P, Mourgues JM. Atlas de la démographie médicale en France [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2018 [consulté le 14/01/2020]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_atlas_2018_0.pdf
- (42) Butori R, Parguel B. Les biais de réponse - Impact du mode de collecte des données et de l'attractivité de l'enquêteur [Internet]. AFM. 2010 [consulté le 14/01/2020]. Disponible sur : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00636228/document>
- (43) Ciechanowski PS, Russo JE, Katon, WJ, Walker EA. Attachment theory in health care : The influence of relationship style on medical students' specialty choice. *Medical Education*. 2004;38:262-270.

- (44) Hilliard RB, Henry WP, Strupp H. An interpersonal model of psychotherapy : Linking patient and therapist developmental history, therapeutic process and types of outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2000;68:125-133.
- (45) Leiper R, Casares P. An investigation of the attachment organization of clinical psychologists and its relationship to clinical practice. *British Journal of Medical Psychology*. 2000;7:449-464.
- (46) Cournet J. La prescription d'activités physiques chez les maitres de stage en médecine générale d'Aquitaine : qu'en est il dans la réalité. Th. d'exercice, Bordeaux: Université de Médecine; 2017.
- (47) Gossmann P. La couverture vaccinale des personnes âgées de 65 ans ou plus chez les médecins généralistes maitres de stage niveau 1 d'Aquitaine de novembre à décembre 2018. Th. d'exercice, Bordeaux: Université de Médecine; 2019.
- (48) Hawkins AC, Howard RA, Oyebode JR. Stress and coping in hospice nursing staff. The impact of attachment styles. *Psycho-Oncology*. 2007;16:563–572.
- (49) Bovier PA, Perneger TV. Stress from uncertainty from graduation to retirement – a population-based study of Swiss physicians. *J. Gen. Intern. Med*. 2007;22(5):632-638.
- (50) Pawlak C. Empathie, Incertitude et identité professionnelle du médecin. *Ann. Médico-Psychol*. 1996;154(9):511-518.
- (51) Guenter D, Fowler N, Lee L. L'incertitude clinique Aider nos étudiants. *Can. Fam. Physician*. 2011;57(1):123-125.
- (52) Nevalainen M, Kuikka L, Sjoberg L, Eriksson J, Pikala K. Tolerance of uncertainty and fears of making mistakes among fifth-year medical students. *Fam Med*. 2012;44(4):240-246.
- (53) Pince M. Gestion de l'incertitude en médecine générale Etude quantitative en Corrèze. Th. d'exercice, Limoges: Université de Médecine; 2013.
- (54) Hartz AJ, Noyes R, Bentler SE. Unexplained Symptoms in Primary Care: Perspectives of Doctors and Patients. *General Hospital Psychiatry*. 2000;22:144–152.
- (55) Reid S, Whooley D, Crayford T, Hotopf M. Medically unexplained symptoms - GPs' attitudes towards their cause and management. *Family Practice*. 2001;18(5):19-523.

(56) Peveler R, Kilkenny L, Kinmonth AL. Medically unexplained physical symptoms in primary care: A comparison of selfreport screening questionnaires and clinical opinion. *Journal of Psychosomatic Research*. 1997;42(3):245-252.

(57) Salmona P, Ringa A, Dowrickb CF, Humphris GM. What do general practice patients want when they present medically unexplained symptoms, and why do their doctors feel pressurized? *Journal of Psychosomatic Research*. 2005;59:255-262.

(58) Bovier PA, Perneger TV. Stress from Uncertainty from Graduation to Retirement – A Population-Based Study of Swiss Physicians. *Society of General Internal Medicine*. 2007;22:632-638.

Annexes

Annexe 1 : Mail explicatif

Bonjour,

Je suis remplaçante en médecine générale et me permets de vous écrire dans le cadre de mon travail de thèse comme convenu par téléphone.

Voici le lien internet pour mon questionnaire de thèse de médecine générale.

Ce travail s'intéresse au lien qui pourrait exister entre le type d'attachement d'un médecin, c'est-à-dire sa façon de gérer ses relations aux autres mis en place dès l'enfance avec nos relations à nos parents et qui s'applique à toutes les relations interpersonnelles ; et la gestion de l'incertitude en médecine générale, les situations quasi quotidiennes où le diagnostic, le traitement ou les attentes du patient restent flous à la fin de la consultation.

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdhV3WwahN5mDcHKTQMPIHdP6bsEtFgFr_UBI4HeTdaGu8sfQ/viewform?usp=sf_link

Le questionnaire est vraiment rapide à remplir.

Merci du temps que vous accorderez à ce travail.

Cordialement

Charlotte Bernard

Annexe 2 : Questionnaire destiné aux médecins

Bonjour,

Je réalise mon travail de thèse sur la relation qui peut exister entre le type d'attachement des médecins et la gestion de l'incertitude chez les médecins généralistes de Béarn et Soule. Chaque individu possède un type d'attachement qui spécifie les modalités relationnelles avec les autres. Or la relation médecin patient est au cœur du soin en médecine générale. L'incertitude est elle aussi au cœur de la prise en charge dans cette discipline. Elle entraîne un ressenti différent selon les médecins ainsi que des réactions variées en termes de recours aux spécialistes ou aux examens complémentaires. Je cherche avec ce travail à mettre en évidence une corrélation entre les deux. La connaissance de son type d'attachement pourrait permettre, si cette hypothèse est validée, une modification des pratiques en situation d'incertitude. Ce questionnaire a pour but de déterminer votre type d'attachement et de décrire votre ressenti et votre pratique en situation d'incertitude.

Le temps de remplissage est d'environ 3 à 5 minutes. Il comporte 44 items. Les données seront strictement confidentielles et anonymes.

Je vous remercie par avance pour votre temps et votre participation à ce travail.
Charlotte BERNARD, interne en médecine générale

Partie I : pour faire connaissance.

1/Sexe

Homme Femme

2/Age :

3/ Exercez-vous votre activité :

Seul(e) En cabinet de groupe

4/ Travaillez-vous en zone :

Rurale Urbaine Semi rurale

5/Depuis combien d'années êtes-vous installé(e)?

Votre réponse

6/ Êtes-vous maître de stage ?

Oui Non

Partie II : Votre type d'attachement

Il s'agit d'évaluer votre type d'attachement aux autres de façon générale (vie quotidienne comme au travail).

Répondez aux questions suivantes en donnant une valeur de 1 à 5 selon que les affirmations vous correspondent ou non.

1/ Je trouve difficile de dépendre des autres.

Pas du tout comme moi 1 2 3 4 5 Tout à fait comme moi

2/ C'est très important pour moi de me sentir indépendant(e).

Pas du tout comme moi 1 2 3 4 5 Tout à fait comme moi

- 3/ C'est facile pour moi de me sentir proche des autres par rapport aux émotions.
Pas du tout comme moi 1 2 3 4 5 Tout à fait comme moi
- 4/ Je crains d'être blessé(e) si je me permets de devenir trop proche des autres.
Pas du tout comme moi 1 2 3 4 5 Tout à fait comme moi
- 5/ Je me sens bien sans relation affective proche.
Pas du tout comme moi 1 2 3 4 5 Tout à fait comme moi
- 6/ Je suis inquiet(e) de me retrouver seul(e).
Pas du tout comme moi 1 2 3 4 5 Tout à fait comme moi
- 7/ Je me sens à l'aise quand j'ai besoin des gens.
Pas du tout comme moi 1 2 3 4 5 Tout à fait comme moi
- 8/ Je trouve que c'est difficile de faire totalement confiance aux gens.
Pas du tout comme moi 1 2 3 4 5 Tout à fait comme moi
- 9/ Je me sens bien lorsque les gens ont besoin de moi.
Pas du tout comme moi 1 2 3 4 5 Tout à fait comme moi
- 10/ J'ai peur que les gens ne me donnent pas autant d'importance que je leur en donne.
Pas du tout comme moi 1 2 3 4 5 Tout à fait comme moi
- 11/ C'est très important pour moi de sentir que je me suffis à moi-même.
Pas du tout comme moi 1 2 3 4 5 Tout à fait comme moi
- 12/ Je préfère n'avoir personne qui dépende de moi.
Pas du tout comme moi 1 2 3 4 5 Tout à fait comme moi
- 13/ Je me sens un peu mal à l'aise quand je suis proche des gens.
Pas du tout comme moi 1 2 3 4 5 Tout à fait comme moi
- 14/ Je trouve que les gens ne veulent pas être aussi proche de moi que je le souhaiterais.
Pas du tout comme moi 1 2 3 4 5 Tout à fait comme moi
- 15/ Je préfère ne pas dépendre des autres.
Pas du tout comme moi 1 2 3 4 5 Tout à fait comme moi
- 16/ J'ai peur que les gens ne m'acceptent pas.
Pas du tout comme moi 1 2 3 4 5 Tout à fait comme moi

Partie III : Votre ressenti face à l'incertitude

Cette partie concerne votre ressenti face aux situations d'incertitude c'est à dire les situations dans votre travail où vous n'avez pas réponse exacte, où malgré votre interrogatoire, votre examen clinique et le contexte vous ne pouvez retenir un diagnostic précis ou que le choix du traitement à donner reste incertain ou les attentes du patient concernant son état et votre prise en charge ne vous semble pas claires. Répondez aux questions suivantes en donnant une valeur de 1 à 5 selon que les affirmations vous correspondent ou non.

- 1/ Je suis habituellement anxieux(se) quand je ne suis pas sûr(e) du diagnostic.
Pas du tout comme moi 1 2 3 4 5 Tout à fait comme moi
- 2/ Je trouve l'incertitude dans la prise en charge des patients déconcertante/inquiétante/embarrassante.
Pas du tout comme moi 1 2 3 4 5 Tout à fait comme moi
- 3/ L'incertitude dans la prise en charge des patients me rend inquiet(e).
Pas du tout comme moi 1 2 3 4 5 Tout à fait comme moi
- 4/ Je suis assez à l'aise avec l'incertitude dans la prise en charge des patients.
Pas du tout comme moi 1 2 3 4 5 Tout à fait comme moi
- 5/ Quand je ne suis pas sûr(e) du diagnostic, j'imagine toute sorte de mauvais scénarios.
Pas du tout comme moi 1 2 3 4 5 Tout à fait comme moi
- 6/ J'ai peur d'être tenu(e) responsable des limites de mon savoir.
Pas du tout comme moi 1 2 3 4 5 Tout à fait comme moi

7/ J'ai peur de faire une faute professionnelle si je ne sais pas quel est le diagnostic pour un patient.

Pas du tout comme moi 1 2 3 4 5 Tout à fait comme moi

8/ En cas d'incertitude les médecins devraient partager cette information avec leur patient.

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

9/ Si je partageais toutes mes incertitudes avec les patients ils perdraient confiance en moi.

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

10/ Partager mon incertitude améliore ma relation avec mes patients.

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

Partie IV : Vos réactions en situation d'incertitude

Cette partie s'intéresse à votre pratique professionnelle en cas d'incertitude lors d'une consultation.

Répondez aux questions suivantes en donnant une valeur de 1 à 5 selon que les affirmations vous correspondent ou non.

1/ J'adresse fréquemment des patients à d'autres médecins quand je ne suis pas sûr(e) du diagnostic.

Pas du tout comme moi 1 2 3 4 5 Tout à fait comme moi

2/ Quand je ne suis pas sûr(e) du diagnostic, des examens complémentaires soulagent mon inquiétude de négliger une maladie.

Pas du tout comme moi 1 2 3 4 5 Tout à fait comme moi

3/ Je me sens toujours soulagé(e) quand un spécialiste pose un diagnostic qui explique les symptômes.

Pas du tout comme moi 1 2 3 4 5 Tout à fait comme moi

4/ Je prescris fréquemment une série d'examens si je ne suis pas sûr(e) du diagnostic.

Pas du tout comme moi 1 2 3 4 5 Tout à fait comme moi

5/ Je suis déçu(e) si un spécialiste ne fait pas de diagnostic.

Pas du tout comme moi 1 2 3 4 5 Tout à fait comme moi

6/ Si je ne suis pas sûr(e) d'un diagnostic, je fais toujours d'avantage d'examens.

Pas du tout comme moi 1 2 3 4 5 Tout à fait comme moi

7/ Pour rassurer les patients, je fais d'autres examens en cas d'incertitude.

Pas du tout comme moi 1 2 3 4 5 Tout à fait comme moi

8/ Si je ne suis pas sûr(e), je me laisse du temps si possible jusqu'à ce que la cause de la maladie devienne plus claire.

Pas du tout comme moi 1 2 3 4 5 Tout à fait comme moi

9/ La connaissance de l'entourage familial me facilite le diagnostic.

Pas du tout comme moi 1 2 3 4 5 Tout à fait comme moi

10/ La connaissance de la situation professionnelle aide souvent pour le diagnostic.

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

11/ Mon incertitude diagnostique est réduite lorsque les recommandations comprennent des instructions pour faire le diagnostic.

Pas du tout comme moi 1 2 3 4 5 Tout à fait comme moi

12/ L'intuition joue un certain rôle pour moi dans la prise de décision diagnostique.

Pas du tout comme moi 1 2 3 4 5 Tout à fait comme moi

SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Rôle des types d'attachement dans la gestion des situations d'incertitude en médecine générale : Enquête réalisée auprès des médecins généralistes de Béarn et Soule.

Introduction : Chaque individu possède un style d'attachement qui lui permet d'interagir avec les autres en fonction de la représentation qu'il a de ses propres ressources et de l'idée qu'il a de l'aide que les autres pourraient lui apporter. Ce mode de relation s'active en situation de stress ou de détresse. Or l'incertitude est une situation fréquente en médecine générale et potentiellement source d'anxiété. Elle serait présente dans 13% des consultations. Elle semble donc être une situation source d'activation du système d'attachement.

Objectif : Définir le type d'attachement et le niveau d'anxiété des médecins généralistes et leur impact sur les modalités de gestion de l'incertitude.

Méthode : Étude transversale par auto-questionnaire auprès de médecins généralistes installés dans les Pyrénées Atlantiques. Le questionnaire comprenait des items du Relationship Scale Questionnaire et de la Physician's Reaction to Uncertainty.

Résultats : 61 médecins généralistes des Pyrénées ont participé. La plupart des médecins (48,3%) avaient un attachement de type distant, 23,3 % un attachement de type sécure et 21,7 % un attachement de type craintif. Il n'a pas été retrouvé de lien statistiquement significatif entre le type d'attachement des médecins et leur mode de gestion de l'incertitude. En revanche, il existait un lien entre ce mode de gestion et le niveau d'anxiété des médecins. La crainte de faire une erreur était associée de manière statistiquement significative avec un recours aux spécialistes et aux examens complémentaires plus important ($p < 0.05$).

Discussion : Malgré des résultats partiellement non significatifs et compte tenu de la faible puissance de l'étude, la question du rôle du type d'attachement en médecine générale dans la relation avec le patient reste intéressante et mériterait d'autres études plus précises pour en évaluer l'impact et y sensibiliser les médecins.

Mots clés : attachement à l'objet – incertitude – Relations médecin-patient – médecine générale.

The Role of Attachment Types in the Management of Uncertainty in General Practice : Survey carried out among General Practitioners in Béarn and Soule.

Introduction : Each individual has an attachment style that allows him/her to interact with others based on how he/she represents his/her own resources and how he/she feels about the help that others could provide. This mode of relationship is activated in a situation of stress or distress. However, a common situation in general practice and a potential source of anxiety is uncertainty. It would be present in 13% of the consultations. It seems to be a source of activation of the attachment system.

Aim : Measure the level of anxiety and uncertainty management modalities of general practitioners according to their type of attachment. **Method** : cross sectional study by self-questionnaire with general practitioners based in the Pyrénées Atlantiques. The questionnaire included items from the Relationship Scale Questionnaire and the Physician's Reaction to Uncertainty.

Result : 61 general practitioners from the Pyrénées participated. Most physicians (48,3%) has a distant type of attachment, 23,3% a secure type of attachment and 21,7% a fearful type of attachment. A statistically significant link was not found between the type of attachment of physicians and their mode of managing uncertainty. On the other hand, there was a link between this management method and the anxiety level of the doctors. Fear of making a mistake was statistically significantly associated with greater use of specialists and additional examinations ($p < 0,05$).

Discussion : Despite the partially insignificant results and given the low power of the study, the question of the role of the type of attachment in general medicine in the relationship with the patient remains interesting and deserves other more precise studies to assess the impact and educate physicians.

Keywords : object attachment– uncertainty – physician-patient relations – general practice.

DISCIPLINE : Médecine Générale

Université de Bordeaux – U.F.R des Sciences Médicales, 146 Rue Léo Saignat 33000 Bordeaux