



HAL
open science

Connaissances et gestion de l'incertitude diagnostique par les internes en stage ambulatoire : étude quantitative auprès des internes de médecine générale à Amiens en 2020

Sophie Druenne-Redis

► **To cite this version:**

Sophie Druenne-Redis. Connaissances et gestion de l'incertitude diagnostique par les internes en stage ambulatoire : étude quantitative auprès des internes de médecine générale à Amiens en 2020. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02927136

HAL Id: dumas-02927136

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02927136>

Submitted on 1 Sep 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.

UNIVERSITE PICARDIE JULES VERNE AMIENS

FACULTE DE MEDECINE

ANNEE 2020

THESE n°

**Connaissances et gestion de l'incertitude diagnostique par les internes en
stage ambulatoire.**

**Etude quantitative auprès des internes de médecine générale à Amiens en
2020**

Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine

Spécialité médecine générale

Présentée et soutenue publiquement par

Sophie DRUENNE - REDIS

le 27 mai 2020

Président du jury : Monsieur le Professeur MAIZEL Julien

Membres du jury : Monsieur le professeur LALAU Jean-Daniel

Monsieur le professeur HAVET Eric

Monsieur le professeur SINNA Raphaël

Monsieur le professeur SCHMIDT Jean

Directeur de thèse: Monsieur le Docteur VINCENT Manuel

Remerciements

A mon Président du Jury,

Monsieur le Professeur Julien MAIZEL
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
(Réanimation, médecine d'urgence)
Assesseur 2ème cycle
Chef du Service de Médecine Intensive Réanimation

*Je vous remercie pour le temps et l'intérêt que vous avez bien voulu accorder à mon travail.
C'est un honneur pour moi que vous présidiez cette thèse et je vous en remercie sincèrement.*

Aux membres du Jury,

Monsieur le Professeur Jean-Daniel LALAU
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier (Nutrition)
Chef du Service Endocrinologie, maladies métaboliques et nutritives
Pôle "Médico-chirurgical digestif, rénal, infectieux, médecine interne
et endocrinologie" (D.R.I.M.E)

*Je vous remercie d'avoir accepté de donner un peu de votre temps pour juger ce travail. C'est
pour moi un honneur de vous compter parmi les membres de ce jury.*

Monsieur le Professeur Eric HAVET
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier (Anatomie)
Assesseur 1er cycle
Chirurgie orthopédique

*Je suis honorée de vous compter parmi les membres du jury pour juger ce travail et je vous en
remercie sincèrement.*

Monsieur le Professeur Raphaël SINNA
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
Chirurgie Plastique Reconstructrice et Esthétique

*Je vous remercie pour votre intérêt manifesté à l'annonce du sujet et pour avoir accepté
d'être membre de ce jury, j'en suis honorée.*

Monsieur le Professeur Jean SCHMIDT
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
(Médecine interne)

*Je vous remercie pour le temps et l'intérêt qui vous avez accordés à mon travail et vous
remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter d'être membre de ce jury.*

A mon directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Manuel VINCENT,

Médecin généraliste à Corbie,

Maître de conférence associé au département de médecine générale d'Amiens,

Membre titulaire de la SFMG (Société Française de Médecine Générale)

Tout d'abord, merci d'avoir accepté de diriger ma thèse et de m'avoir fait découvrir les différentes facettes de la médecine générale, par ton implication dans l'enseignement à la faculté ainsi que lors de nos discussions concernant ce travail de thèse.

Je te remercie très sincèrement pour ton implication, ta disponibilité et ta patience à toute épreuve au cours de ce travail. Tu as su me conseiller, me guider, me rappeler à l'ordre quand je m'égarais, mais toujours avec bienveillance et pédagogie. Tu m'as permis d'avancer et je t'en remercie sincèrement.

A Olivier KANDEL et Julie CHOUILLY,

Merci pour vos conseils bienveillants lors de la réalisation du questionnaire et vos travaux concernant l'incertitude diagnostique qui ont été d'une aide précieuse lors de l'élaboration de cette thèse.

A tous les internes de médecine générale d'Amiens qui ont répondu à notre étude, chers collègues

Merci pour le temps que vous nous avez accordé, sans vous, ce travail n'aurait pas été possible.

A mon mari, Raoul,

Merci pour ton amour, ta patience et ton soutien durant toutes ces années que nous avons partagées. Vivre ces nombreuses années d'études de médecine ensemble nous a rendu plus forts que jamais. Merci pour ton aide et ton humour dans les moments de doute. Si j'en suis arrivée là aujourd'hui, c'est en partie grâce à toi. Comme tu l'imagines, tu peux compter sur moi pour te soutenir en retour pour ta thèse... avec amour.

A mon fils, Simon,

Du haut de tes 5 mois, avec un simple sourire, tu parviens à égayer mes journées. Tu es un fils formidable et tu fais de moi une maman comblée.

A mes parents, mes soeurs,

Merci pour votre soutien indéfectible pour tout ce que j'entreprends dans ma vie personnelle comme professionnelle. Merci pour votre amour, votre confiance. C'est grâce à vous que je suis devenue la femme que je suis aujourd'hui.

A toute ma famille et belle-famille

Merci pour votre soutien et vos encouragements tout au long de mes longues études.

A mes amis,

Merci d'avoir toujours répondu présent durant toutes ces années d'études. Merci pour ces soirées de discussions animées sur nos expériences de stages parfois surprenantes. Vous êtes présents à chaque étape importante de ma vie et je vous en remercie du fond du coeur.

Table des matières

I) Introduction	9
A) Généralités	9
B) Définitions	9
C) Problématiques et objectifs de notre travail	11
II) Matériel et méthodes	14
A) Type d'étude	14
B) Réalisation du questionnaire	14
C) Envoi et recueil du questionnaire	15
D) Analyse statistique	15
III) Résultats	16
A) Caractéristiques de l'échantillon étudié	16
B) Objectif principal: évaluer les connaissances et l'expérience des internes concernant l'incertitude diagnostique	19
1. Fréquence de certitude diagnostique	19
2. Expérience et découverte de l'incertitude diagnostique	20
3. Ressenti personnel face à l'incertitude diagnostique	21
4. Comparaison ambulatoire - hospitalier	25
5. Réactions, conduites à tenir face à une situation d'incertitude	28
C) Objectif secondaire: tolérance des internes face à l'incertitude et moyens à mettre en place pour améliorer cette tolérance	32
1. Tolérance face à l'incertitude diagnostique	32
2. Incertitude et formation universitaire	37
IV) Discussion	41
A) Forces et faiblesses de notre travail	41
1. Forces	41
2. Faiblesses	42
B) Objectif principal: évaluer les connaissances et l'expérience des internes concernant l'incertitude diagnostique	43
1. Concernant le ressenti des internes face à l'incertitude	43
2. Concernant les réactions, les conduites à tenir des internes face l'incertitude diagnostique	45
C) Objectif secondaire: tolérance des internes face à l'incertitude et moyens à mettre en place pour améliorer cette tolérance	47
1. Tolérance des internes face à l'incertitude	47
2. Perspectives : moyens à mettre en place pour améliorer la tolérance à l'incertitude	49
IV) Conclusion	51
V) Bibliographie	52
VI) Annexes	55
Questionnaire	55

I) Introduction

A) Généralités

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

La médecine moderne a beaucoup plus progressé en 50 ans qu'elle ne l'avait fait en 2000 ans. Les nombreuses découvertes dans le domaine de la santé ont pu laisser penser que la médecine deviendrait une science exacte, que l'incertitude irait en diminuant. Pourtant, la médecine est avant tout une pratique soignante personnalisée, avec pour objectif le bien d'autrui, en intégrant intersubjectivité et rationalité scientifique. (1)

B) Définitions

L'incertitude diagnostique se définit comme étant « l'incapacité d'avoir la certitude sur l'étiologie des troubles, et leur évolution potentielle vers une maladie ». Cela représenterait 70% des consultations de médecine générale. (2)

Selon Renée C.Fox (3) , on distingue trois niveaux d'incertitude concernant le savoir médical:

- niveau 1 : maîtrise incomplète ou imparfaite du savoir disponible ;
- niveau 2 : limites propres à la connaissance médicale du moment ;
- niveau 3 : difficulté pour un praticien donné de faire la part entre le premier et le deuxième niveau

A cette incertitude concernant le savoir médical, s'ajoutent la singularité du patient (antécédents, facteurs de risque, environnement...) et la singularité du médecin (son expérience propre, sa tolérance face à la situation) qui vont influencer la prise en charge. Ces éléments ont une place importante dans la démarche diagnostique. (4)

La décision médicale est un acte intellectuel qui consiste à faire un choix en fonction des composantes objectives (biomédicales) et subjectives (relation patient-médecin, environnement, vécu personnel du patient et du médecin...).(4)

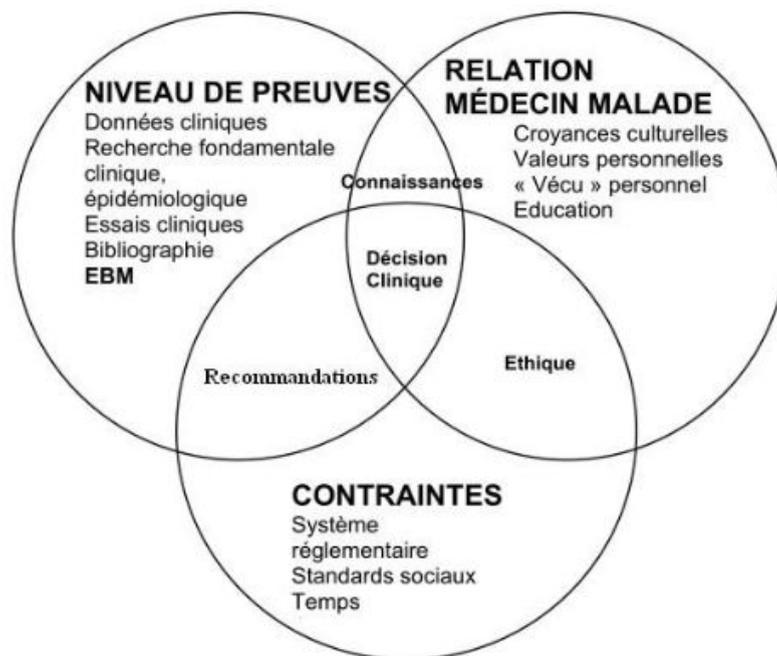


Figure 1 : La décision médicale selon J-M Chabot. (EBM: evidence-based medicine) (5)

La démarche diagnostique consiste à nommer la situation clinique pour prendre les décisions adaptées et permettre d'évaluer les risques de la situation.

Dans cette démarche, le médecin généraliste se trouve confronté à plusieurs contraintes :

- examens complémentaires à disposition immédiate limités,
- troubles de santé précoces avec des tableaux cliniques souvent peu caractéristiques ou incomplets,
- nécessité de prendre des décisions dans un temps court (18 minutes en moyenne) (2)

Le médecin généraliste intervient souvent à un stade précoce et indifférencié des maladies. Cela conduit à une difficulté à établir un diagnostic précis et à la nécessité de prendre des décisions à partir d'informations limitées, donc dans un contexte de relative incertitude du diagnostic.(6) En fin de consultation, le médecin se trouve face à deux risques : celui de ne pas nommer correctement la situation clinique et celui d'oublier d'évoquer un diagnostic étiologique potentiellement grave.(4)

La difficulté pour le praticien est de tenir compte des éventuels risques, sans systématiquement se lancer dans une démarche d'investigation qui serait anxiogène, coûteuse, voire iatrogène, avec une forte probabilité de résultats négatifs.(6)

Selon une thèse de 2017 interrogeant des médecins généralistes, il existerait un lien entre le niveau d'expérience professionnelle et le nombre de prescriptions d'exams complémentaires en contexte d'incertitude. (1)

Chaque praticien doit prendre conscience de son propre niveau de tolérance et de sa façon de gérer cette incertitude, de sa manière d'aborder les risques. Il doit « apprendre à tolérer l'incertitude », mais il doit également prendre en compte les attentes du patient, identifier ses craintes et y répondre au mieux même en l'absence de diagnostic précis posé. (4)

C) Problématiques et objectifs de notre travail

Qu'en est-il des internes en médecine générale lors de leurs premiers pas dans la pratique de la médecine générale?

Le vécu de l'incertitude naît très tôt chez l'étudiant en médecine, lorsqu'il se sent dépassé par la quantité de connaissances médicales qu'il est censé intégrer. Il développe un sentiment d'insuffisance personnelle, renforcé par le contraste qu'il établit entre ses connaissances et celles qu'il attribue à ses confrères, ses enseignants plus expérimentés. Le doute est alors associé à tort à une insuffisance de connaissances et n'est pas intégré comme une caractéristique inévitable de l'exercice de la médecine. (6)

La formation des étudiants en médecine au cours de l'externat est majoritairement hospitalière. La prise en charge en soins primaires est différente de celle en milieu hospitalier universitaire puisque les patients ne sont pas les mêmes.(4) Le carré de White illustre bien cette différence de recrutement. Même avec des moyens techniques beaucoup plus importants, selon la SFMG, l'absence de diagnostic en milieu hospitalier est estimée à 30% en fin d'hospitalisation. (7)

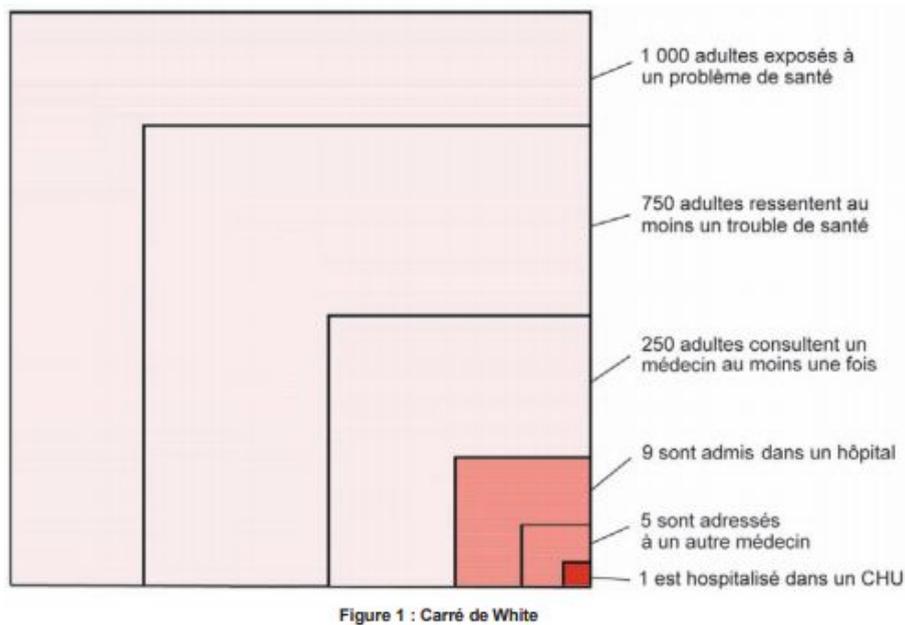


Figure 2 : Carré de White (8)

La démarche diagnostique du généraliste se base sur la fréquence des maladies et les risques à éviter, donc selon un mode probabiliste quand celle de l'hospitalier consiste à déterminer la cause du trouble présenté par le patient en mobilisant le plateau technique à disposition avec une démarche diagnostique basée sur des preuves. L'interne en médecine générale se trouve donc confronté à un nouveau mode de raisonnement.

« Le généraliste est sensible quand le spécialiste est spécifique. » (7)

L'interne en médecine générale découvre les spécificités de l'exercice de la médecine générale et est progressivement mis en situation d'autonomie au cours de son internat. La maquette de stages de l'internat de médecine générale actuelle prévoit :(9)

- pour la première année : un semestre en milieu hospitalier dans un service d'accueil des urgences ainsi qu'un premier stage en médecine ambulatoire, avec quelques mises en situation d'autonomie en consultation sous la supervision du maître de stage, (il s'agit du stage chez le praticien de niveau 1) ;
- pour la deuxième année: des stages principalement hospitaliers (pédiatrie/gynécologie/médecine polyvalente) ;

- en troisième année d'internat, les internes effectuent un nouveau stage ambulatoire chez un praticien selon deux modalités possibles :
 - un stage chez le praticien de niveau 2, avec mise en autonomie complète pour quelques consultations quotidiennes et participation aux consultations avec le maître de stage pour les autres consultations,
 - un stage SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée, qui consiste à effectuer une journée de consultations en autonomie par semaine chez trois praticiens différents, le maître de stage étant joignable à tout moment, la supervision est indirecte. (rapport sur les cas rencontrés en fin de journée ou à distance)(10).

L'incertitude diagnostique est omniprésente en pratique quotidienne en médecine générale, mais est pourtant peu abordée au cours des études de médecine. Pour tolérer l'incertitude, les internes doivent tout d'abord la connaître. Nous pouvons supposer que la découverte de cette incertitude diagnostique se fait progressivement au cours du cursus de l'interne qui entre dans la pratique de la médecine autonome.

Lors de nos recherches, nous n'avons trouvé qu'un seul travail qui s'intéressait à la connaissance et à la tolérance de l'incertitude chez les internes de médecine générale en France. Une thèse de 2017 concernant uniquement les internes en stage SASPAS montrait que les internes avaient conscience de cette incertitude mais qu'ils présentaient des difficultés pour la tolérer.(11)

On pourrait supposer que l'incertitude est mieux connue et tolérée chez les internes plus expérimentés, que l'expérience acquise au cours de leur internat permet une meilleure approche en situation d'incertitude.

Nous souhaitons, à travers ce travail, déterminer les connaissances des internes en médecine générale, qui débutent leur pratique en autonomie, concernant l'incertitude diagnostique et évaluer si la progression dans l'internat a un impact sur leurs connaissances de celle-ci.

Comment gèrent-ils l'incertitude diagnostique ? Quels sont les moyens qu'ils mettent en place dans leur pratique quotidienne pour supporter l'incertitude ? L'expérience et la tolérance face à l'incertitude ont-elles une influence sur la gestion de l'incertitude par les internes ?

II) Matériel et méthodes

A) Type d'étude

Cette étude, quantitative descriptive transversale, a été réalisée de janvier à mars 2020. Elle étudiait les connaissances et les moyens mis en œuvre par les internes de médecine générale picards pour faire face à l'incertitude diagnostique lors de leurs stages ambulatoires au cours de l'année 2019-2020.

B) Réalisation du questionnaire

La réalisation du questionnaire s'est déroulée en plusieurs étapes. D'abord, son élaboration a débuté à partir du vécu personnel de l'incertitude diagnostique de quelques internes, puis à partir de plusieurs thèses qui traitaient également de l'incertitude diagnostique mais qui concernaient différentes populations (médecins généralistes, internes en stages SASPAS) (12) (11). Une relecture a été faite par deux membres de la SFMG (Société Française de Médecine Générale) en janvier 2020.

- La première partie du questionnaire déterminait les caractéristiques de la population étudiée. (âge/sexe/promotion/ stages effectués/ remplacements effectués ou non).
- Une seconde partie étudiait la connaissance et l'impact de l'incertitude diagnostique en pratique pour les internes et évaluait la différence de tolérance entre stage ambulatoire et stage hospitalier.
- Une troisième partie s'intéressait à la gestion de l'incertitude en pratique et à la communication avec le patient.
- Une quatrième partie concernait sa dimension universitaire et l'enseignement délivré sur ce sujet.
- Pour finir, il était demandé aux internes d'évaluer leur tolérance face à l'incertitude et de déterminer l'impact de l'expérience sur cette tolérance.

Le questionnaire comprenait 24 questions dont 5 questions ouvertes, les autres questions étant à choix simple ou multiple. Il a été réalisé à partir du logiciel googleform. (<https://www.google.fr/intl/fr/forms/about/>)

C) Envoi et recueil du questionnaire

Le questionnaire a été soumis aux internes de première, deuxième, troisième année et année post DES.

Il a été diffusé aux promotions d'internes de deuxième, troisième année et année post DES via la messagerie de leur portfolio sur le site du Département de Médecine Générale d'Amiens le 9 janvier et le 27 février. Un mail a également été envoyé le 18 février 2020 aux adresses mails personnelles des internes. Les réponses ont été recueillies du 9 janvier au 2 mars 2020 et reportées au fur et à mesure dans le logiciel microsoft Excel.

Pour les internes de première année, le questionnaire a été distribué en version papier avant d'assister au cours sur l'incertitude diagnostique le jeudi 16 janvier 2020 à la faculté de médecine d'Amiens, pour éviter tout biais concernant leurs connaissances sur l'incertitude diagnostique. Puis, les informations recueillies ont été reportées manuellement dans le logiciel microsoft Excel.

Les critères d'inclusion étaient : être internes en médecine générale à Amiens, de première année, deuxième année, troisième année ou année post internat (Examen classant national 2016)

Il a été exclu de cette étude les internes de première année n'ayant pas effectué de stage ambulatoire.

Le recueil était anonyme.

D) Analyse statistique

L'analyse statistique s'est déroulée en deux étapes :

- une première partie descriptive étudiait les réponses pour l'ensemble des internes avec détermination des effectifs et pourcentages pour chaque réponse.
- une deuxième partie comparative analysait les différences d'effectifs entre les populations étudiées à l'aide du test du χ^2 avec un degré de significativité de 5 %, soit $p \geq 0.05$, ou test de Fisher en cas d'impossibilité d'application du χ^2 .

Les analyses statistiques ont été réalisées grâce au logiciel https://stats.pvalue.io/app_direct/stats/.

III) Résultats

A) Caractéristiques de l'échantillon étudié

Au moment de la réalisation de notre étude, il y avait 237 internes de médecine générale à la faculté d'Amiens : 90 en première année, 77 en deuxième année et 70 en troisième année. L'année post DES regroupait 70 internes.

Il a été recueilli 151 questionnaires : 74 femmes et 77 hommes, pour un âge médian de 27 ans. L'âge moyen était de 27,45 ans.

Nous avons donc obtenu un taux de réponses de 49.2 % (151 réponses obtenues sur un total de 307 internes).

La répartition des promotions d'internes ayant répondu à notre étude était la suivante :

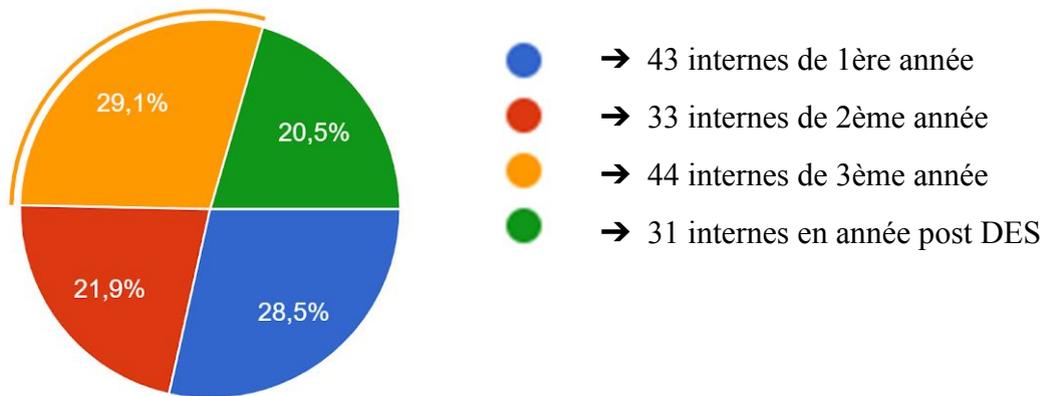


Figure 3 : répartition des internes dans les différentes promotions

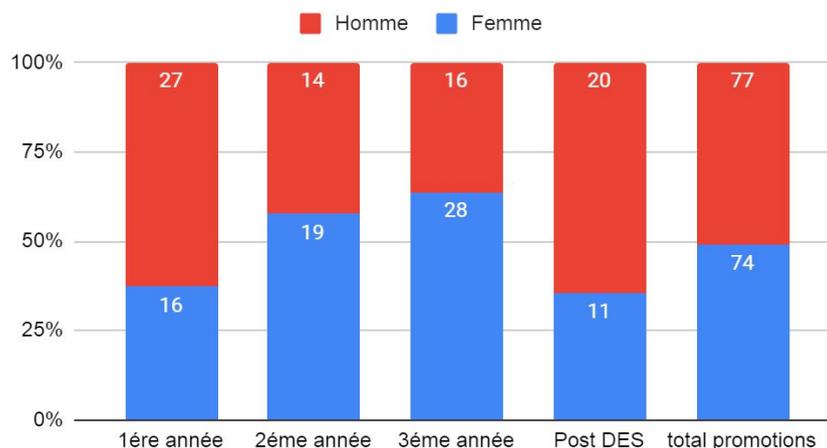


Figure 4 : répartition Homme/Femme dans les populations d'internes étudiées.

21.2 % des internes avaient réalisé le stage chez le praticien de niveau 2 et 21.9 % le stage SASPAS (Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée.).

27.2 % de la population d'internes interrogée déclarait avoir déjà effectué des remplacements en médecine générale.

Stages Effectués

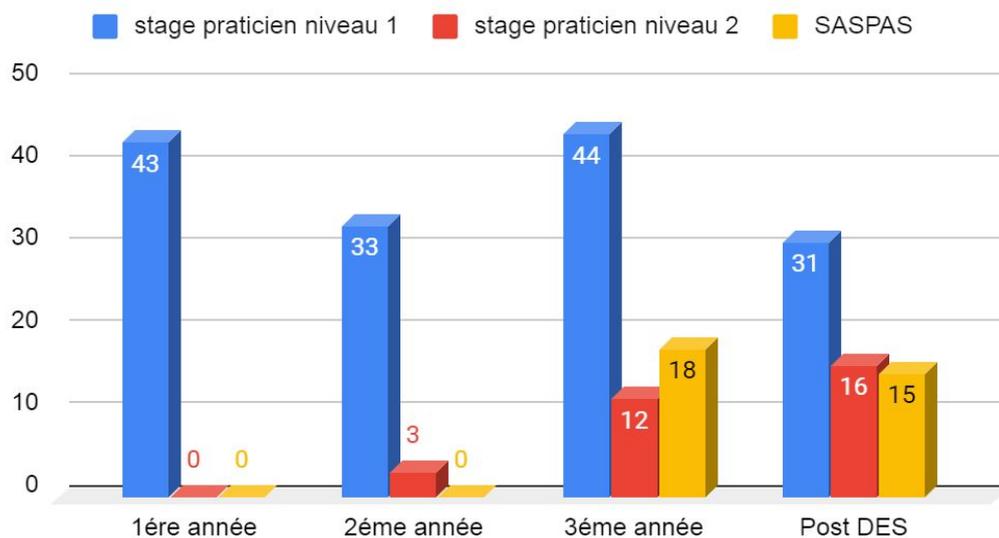


Figure 5 : Stages effectués en fonction des promotions d'internes

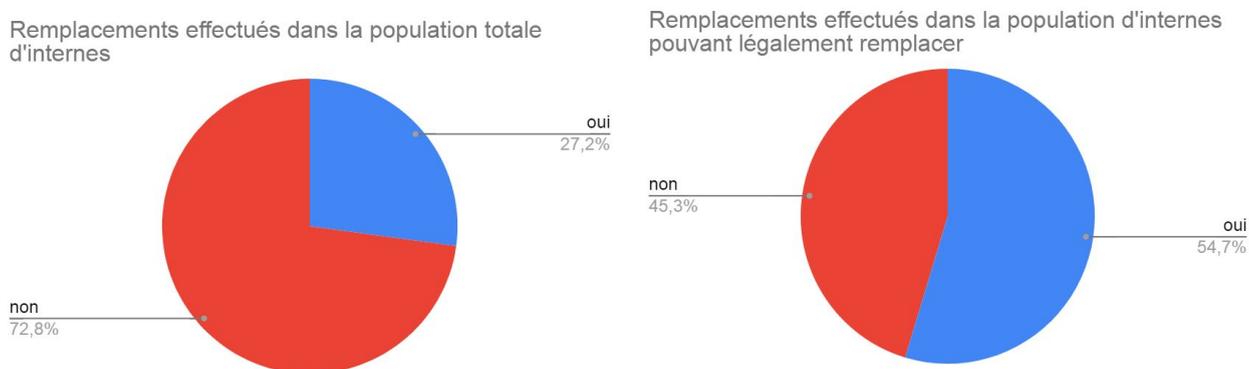


Figure 6 : répartition des internes ayant effectué des remplacements sur la population totale d'internes et chez les internes pouvant légalement remplacer (internes de 3ème année et année post DES)

Dans la population d'internes ayant répondu à notre questionnaire, 41 internes avaient effectué des remplacements en médecine générale sur une population de 75 internes pouvant effectuer des remplacements. Les internes peuvent remplacer en médecine générale après la validation de trois semestres, dont au moins un stage ambulatoire chez un praticien. (3ème année et année post DES) (13)

(Les internes de 2ème année étant dans leur 3ème semestre de stage lors de l'envoi du questionnaire, ils n'étaient pas éligibles pour une licence de remplacement).

Concernant l'analyse comparative, la population d'internes avait été divisée en plusieurs sous-groupes :

- les internes ayant effectué des remplacements (41 internes) en opposition à ceux qui n'en n'avaient pas effectués ; (110 internes)
- les internes ayant effectué des stages en autonomie (Stage praticien de niveau 2 ou SASPAS) (groupe B : 75 internes) face à ceux qui n'avaient jamais effectué ces stages (groupe A : 76 internes) ;
- au cours de nos analyses statistiques, il nous est apparu que les réponses des internes concernant l'évaluation de leur tolérance avaient un impact significatif sur les réponses aux autres questions de notre étude. Nous avons donc déterminé un autre sous-groupe, à savoir les internes ayant déclaré présenter une « mauvaise » tolérance à l'incertitude (tolérance évaluée à 1/4 et 2/4 à la question : « *Actuellement, situez votre tolérance à l'incertitude* ») (67 internes) par opposition aux internes décrivant une « bonne » tolérance face à l'incertitude (réponses 3/4 et 4/4) (84 internes).

L'objectif de la réalisation de ces analyses comparatives en sous-groupes était de mettre en évidence si l'expérience et la tolérance face à l'incertitude avaient une influence sur la gestion de l'incertitude par les internes.

B) Objectif principal: évaluer les connaissances et l'expérience des internes concernant l'incertitude diagnostique

1. Fréquence de certitude diagnostique

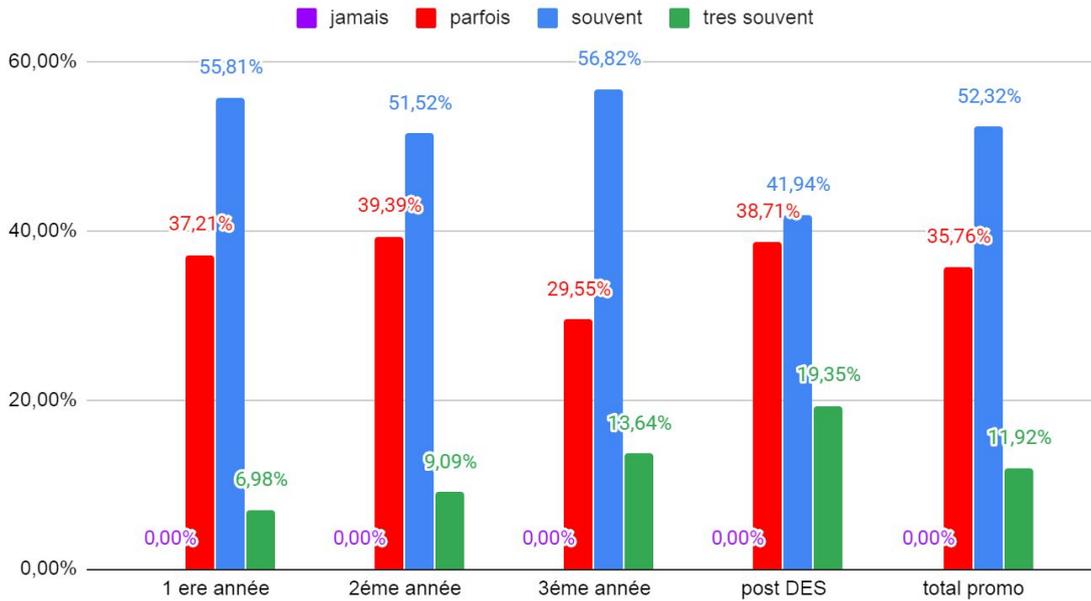


Figure 7 : Fréquence de certitude diagnostique en stage ambulatoire en pourcentage en fonction des promotions

Il n'y avait pas de différence significative ($p=0.65$) entre les promotions interrogées concernant la fréquence de ressenti de certitude du diagnostic en stage ambulatoire.

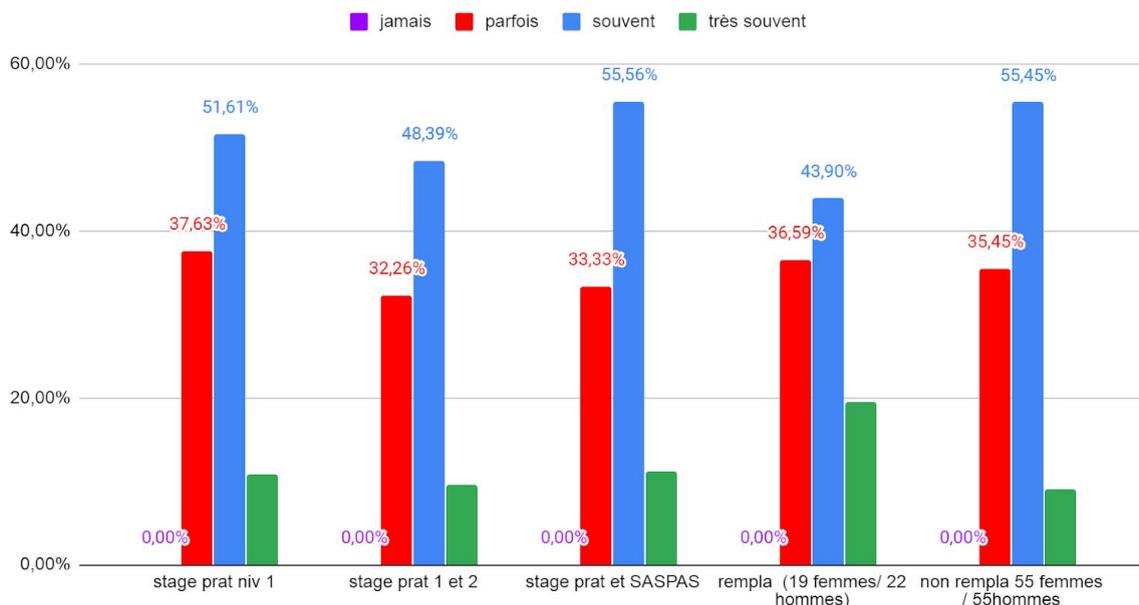


Figure 8 : Fréquence de certitude du diagnostic en stage ambulatoire en fonction des stages et remplacements effectués

Le fait d'avoir déjà effectué ou non des remplacements n'avait pas d'impact significatif sur la fréquence de ressenti de certitude diagnostique. (p=0.9).

Le fait d'avoir réalisé un stage en autonomie (SASPAS, stage praticien niveau 2) n'avait pas d'impact significatif sur la fréquence de ressenti de certitude diagnostique. (p=0.12)

	Situez votre tolérance face à l'incer... 1 (n = 11)	Situez votre tolérance face à l'incer... 2 (n = 56)	Situez votre tolérance face à l'incer... 3 (n = 61)	Situez votre tolérance face à l'incer... 4 (n = 23)	n	p
Fréq certitude diagnostic en ambulato..., n						
Parfois	8 (15%)	24 (44%)	18 (33%)	4 (7.4%)	54	0.017
Souvent	3 (3.8%)	29 (37%)	33 (42%)	14 (18%)	79	
Très souvent	0 (0%)	3 (17%)	10 (56%)	5 (28%)	18	-

Tableau 1 : Fréquence de certitude du diagnostic en stage ambulatoire en fonction de la tolérance à l'incertitude des internes

La fréquence de ressenti de certitude était significativement plus importante dans les groupes d'internes décrivant une bonne tolérance à l'incertitude (tolérance 3/ 4 et 4/4). (p=0.017)

2. Expérience et découverte de l'incertitude diagnostique

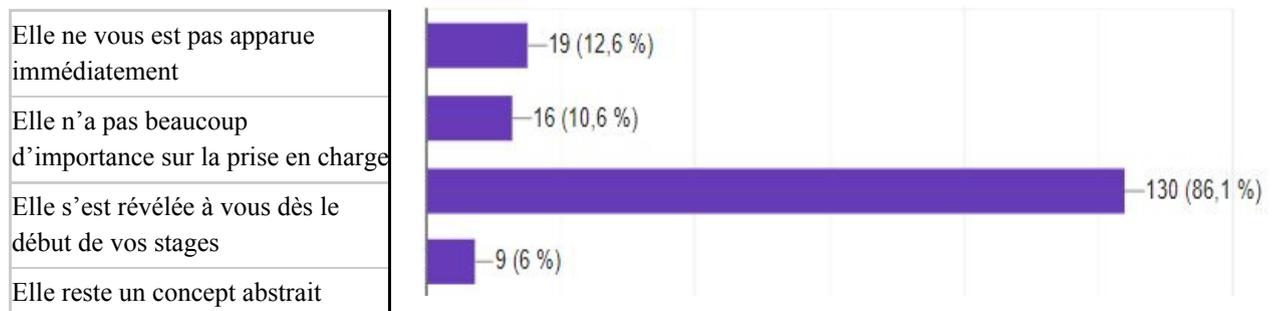


Figure 9 : Réponses à la question : « A propos de cette notion d'incertitude diagnostique, que diriez vous ? »

86.1 % des internes affirmaient que l'incertitude diagnostique s'était révélée à eux dès le début de leur pratique. Il n'y avait pas de différence significative selon les promotions concernant cette proposition. (p=0.29)

Pour 10.6 % des internes, cette incertitude diagnostique n'avait pas beaucoup d'importance sur la prise en charge.

L'incertitude diagnostique était considérée comme un concept abstrait pour 6 %.

3. Ressenti personnel face à l'incertitude diagnostique

Pour les propositions concernant le ressenti personnel face à l'incertitude diagnostique :

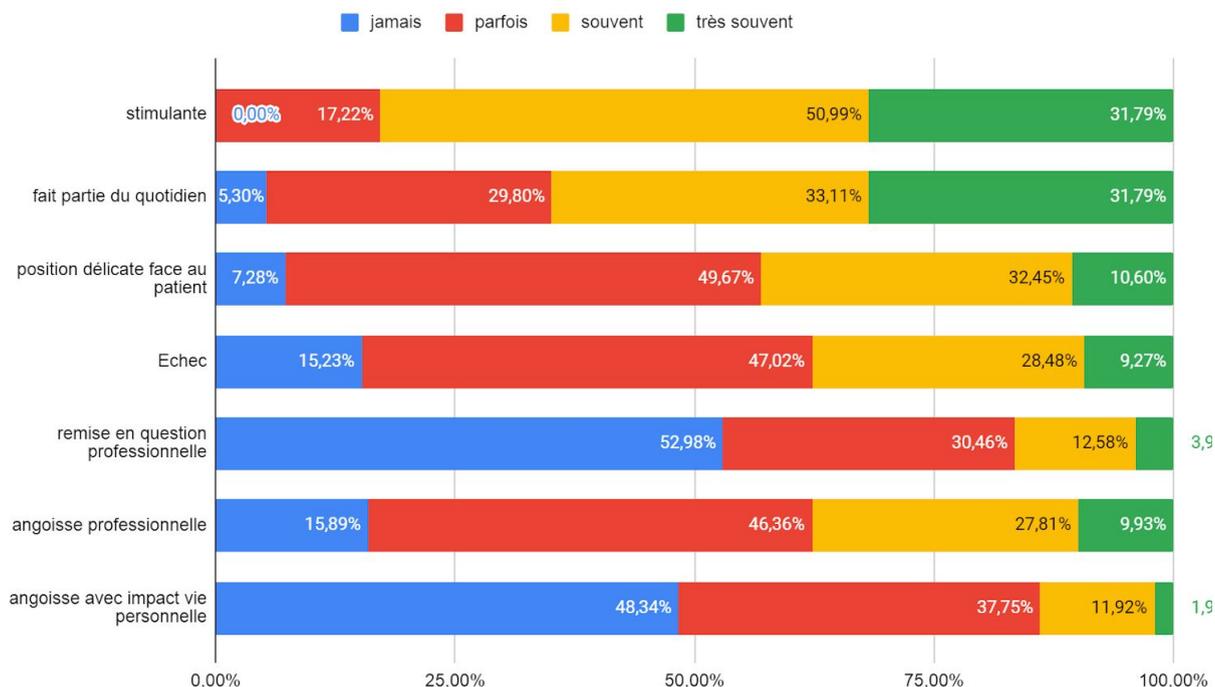


Figure 10 : Ressenti personnel face à l'incertitude diagnostique. Vue d'ensemble des réponses pour l'effectif total

L'incertitude était considérée comme :

- « souvent » ou « très souvent » **stimulante** par 82.79 % des internes.
- **faisant partie du quotidien** « souvent » ou « très souvent » par 64,9 % des internes.
- pouvant mettre les internes dans une **position délicate face au patient** qui attend une réponse. (« parfois » 49 % et « souvent » 32 %)
- un échec, **un manque de compétences** (« parfois » pour 47 % des internes)
- source d'**angoisse dans la vie professionnelle** (peur de faire une erreur, de passer à côté d'une pathologie potentiellement grave) (« parfois » 46.36 %, « souvent » 27.8%). Cette angoisse n'avait « jamais » de répercussion sur la **vie personnelle** des internes pour 48.34 % des internes, « parfois » pour 37.75 % des internes.

L'incertitude n'entraînait « jamais » de **remise en question professionnelle** ou de **doute sur le choix de la médecine générale** pour 52.98 % des internes.

Etude comparative en sous-groupes concernant les propositions sur le ressenti personnel face à l'incertitude diagnostique

<u>Propositions concernant l'incertitude</u>	<u>Sous-groupes</u>			
	Promotions	Stages en autonomie	Remplacements	Tolérance à l'incertitude
Elle est stimulante et vous pousse à poursuivre votre formation personnelle pour vous perfectionner	p=0.25	p=0.56	p=0.29	p=0.053
Elle vous met dans une position délicate face au patient qui attend une réponse	p=0.46	p=0.53	p=0.84	<u>p=0.018*</u>
Elle est vécue comme un échec/ un manque de compétence de votre part	p=0.99	p=0.83	p=0.93	<u>p<0.001*</u>
Elle entraîne une remise en question professionnelle/doute sur votre choix de la médecine générale	p=0.51	p=0.41	p=0.23	<u>p<0.01*</u>
Elle est source d'angoisse dans votre vie professionnelle	p=0.49	p=0.11	p=0.43	<u>p<0.001*</u>
Elle est source d'angoisse et a un impact sur votre vie personnelle	p=0.99	p=0.35	p=0.72	<u>p<0.001*</u>

*différence significative

Tableau 2 : Etude comparative en sous-groupes du ressenti de l'incertitude diagnostique

Il n'a pas été mis en évidence de différence significative concernant le ressenti de l'incertitude selon les promotions, les stages en autonomie effectués et selon si des remplacements avaient été effectués.

Il a été mis en évidence des différences significatives selon la tolérance à l'incertitude :

→ Les internes qui décrivaient une « mauvaise » tolérance à l'incertitude (tolérance située à 1/4-2/4) étaient plus nombreux (54 %) à penser que l'incertitude les mettait dans une position délicate face au patient « souvent /très souvent » ($p= 0.018$) contre 35% chez les internes qui toléraient bien l'incertitude (tolérance 3/4-4/4).

	Situez votre tolérance face à l'incer... 1 (n = 67)	Situez votre tolérance face à l'incer... 3 (n = 84)	n	p
L'incertitude : position délicate fac..., n				
jamais/parfois	31 (46%)	55 (65%)	86	0.018
souvent/très souvent	36 (54%)	29 (35%)	65	-

Tableau 3 : L'incertitude met dans une position délicate face au patient en fonction de la tolérance à l'incertitude des internes

→ L'incertitude était vécue comme un échec « souvent » / « très souvent » par 60 % des internes qui toléraient mal l'incertitude (tolérance située à 1/4-2/4) contre 20 % chez ceux qui considéraient bien tolérer l'incertitude.

	Situez votre tolérance face à l'incer... 1 (n = 67)	Situez votre tolérance face à l'incer... 3 (n = 84)	n	p
L'incertitude : échec / un manque de ..., n				
jamais/parfois	27 (40%)	67 (80%)	94	<0.001
souvent/très souvent	40 (60%)	17 (20%)	57	-

Tableau 4 : L'incertitude est vécue comme un échec, un manque de compétences en fonction de la tolérance à l'incertitude des internes

→ L'incertitude entraînait une remise en question professionnelle / doute sur le choix de la médecine générale « souvent » / « très souvent » à 27 % chez les internes qui déclaraient mal tolérer l'incertitude contre 8.3 % chez ceux qui déclaraient bien tolérer l'incertitude. Cette différence était significative ($p < 0.01$)

	Situez votre tolérance face à l'incer... 1 (n = 67)	Situez votre tolérance face à l'incer... 3 (n = 84)	n	p
L'incertitude : remise en question pr..., n				
jamais/parfois	49 (73%)	77 (92%)	126	<0.01
souvent/très souvent	18 (27%)	7 (8.3%)	25	-

Tableau 5 : L'incertitude entraîne une remise en question professionnelle/doute sur le choix de la médecine générale en fonction de la tolérance à l'incertitude des internes

→ Les internes décrivant une « mauvaise » tolérance à l'incertitude (tolérance 1-2/4) étaient 60 % à déclarer que celle-ci entraînait une angoisse dans leur vie professionnelle contre 20 % chez ceux décrivant une « bonne » tolérance à l'incertitude (tolérance 3-4). (cette différence était significative $p < 0.001$)

	Situez votre tolérance face à l'incer... 1 (n = 67)	Situez votre tolérance face à l'incer... 3 (n = 84)	n	p
L'incertitude: angoisse dans votre vi..., n				
jamais/parfois	27 (40%)	67 (80%)	94	<0.001
souvent/très souvent	40 (60%)	17 (20%)	57	-

Tableau 6 : L'incertitude entraîne une angoisse dans votre vie professionnelle en fonction de la tolérance à l'incertitude des internes

→ Les internes qui ont déclaré avoir une « mauvaise » tolérance face à l'incertitude (tolérance à 1-2/4) étaient 28 % à considérer que cette incertitude entraînait une angoisse qui avait un impact sur leur vie personnelle contre 2.4% chez ceux ayant déclaré avoir une « bonne » tolérance à l'incertitude (tolérance à 3-4/4) ($p < 0.001$).

	Situez votre tolérance face à l'incer... 1 (n = 67)	Situez votre tolérance face à l'incer... 3 (n = 84)	n	p
L'incertitude :angoisse, impact sur v..., n				
jamais/parfois	48 (72%)	82 (98%)	130	<0.001
souvent/très souvent	19 (28%)	2 (2.4%)	21	-

Tableau 7 : L'incertitude entraîne une angoisse qui a un impact sur votre vie personnelle en fonction de la tolérance à l'incertitude des internes.

NB:

Lors de nos analyses, il a été mis en évidence une différence significative entre les hommes et les femmes interrogés concernant le fait que l'incertitude diagnostique les mette dans une position délicate face au patient qui attend une réponse.

Les femmes considéraient être « souvent » / « très souvent » en position délicate face au patient en cas d'incertitude diagnostique dans 57% des cas contre 30% chez les hommes. (p<0.001)

Les femmes présentaient une angoisse dans leur vie professionnelle face à l'incertitude diagnostique « souvent » / « très souvent » de façon significativement plus importante que les hommes (p<0.01)

4. Comparaison ambulatoire - hospitalier

- A quelle fréquence pensez-vous être en situation d'incertitude diagnostique lors de vos stages hospitaliers ?

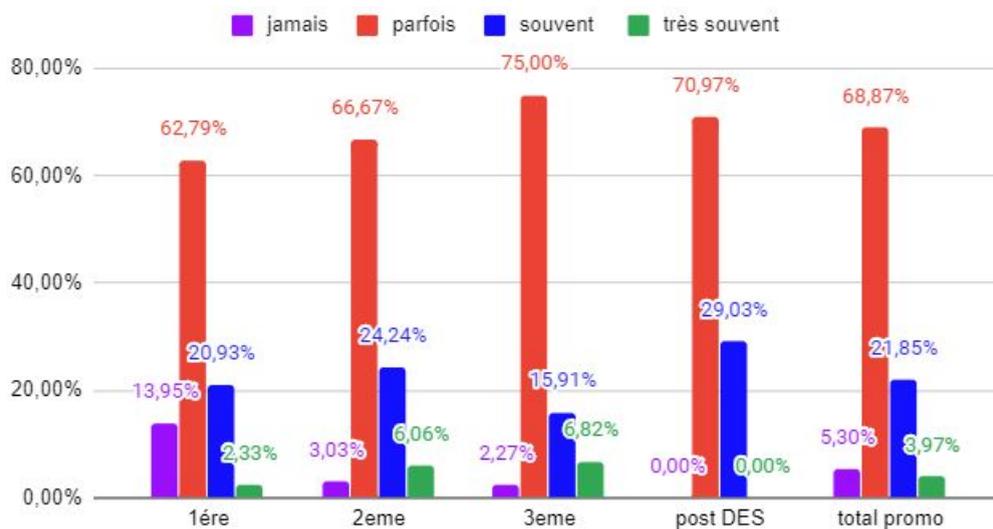


Figure 11 : Fréquence d'incertitude diagnostique en stages hospitaliers en pourcentages en fonction des promotions

68.9 % des internes déclaraient être en situation d'incertitude diagnostique parfois en stage hospitalier. Il n'y avait pas de différence significative entre les promotions (p=0.65)

Les stages en autonomie et les remplacements n'avaient pas d'impact sur les réponses. (p=0.18) et (p=0.75)

Il n'y avait pas de différence significative des réponses à cette question en fonction de la tolérance à l'incertitude (p=0.11)

- *L'incertitude diagnostique vous semble-t-elle plus facile à gérer lors de vos stages hospitaliers ?*

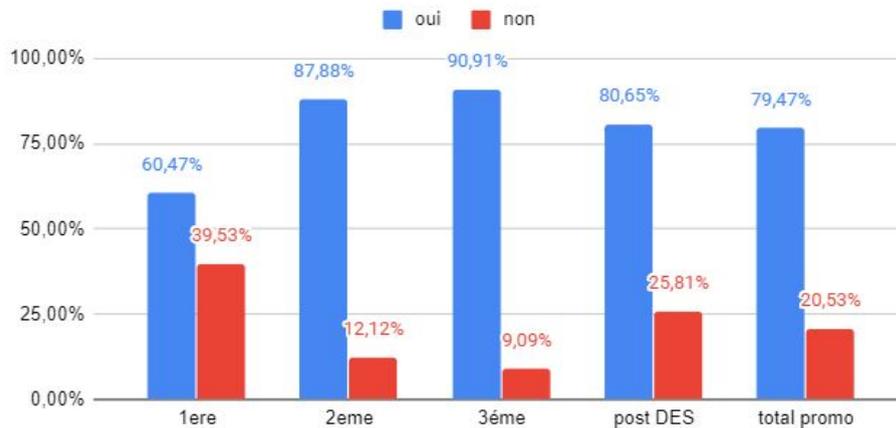


Figure 12 : Comparaison ambulatoire/hospitalier: « L'incertitude diagnostique vous semble-t-elle plus facile à gérer lors de vos stages hospitaliers? » en fonction des promotions

79.47 % des internes considéraient que l'incertitude diagnostique semblait plus facile à gérer lors de leurs stages hospitaliers.

Il existait une différence significative entre les promotions. Les internes de première année étaient 39.53 % à penser que l'incertitude ne semblait pas plus facile à gérer lors des stages hospitaliers . Cette différence était significative avec valeur de $p=0.0027$

Les internes ayant effectué des stages en autonomie (promotions de 3ème année et année post DES) étaient significativement plus nombreux (87 %) à penser que l'incertitude est plus facile à gérer en stage hospitalier plutôt qu'en stage ambulatoire, en comparaison aux internes n'ayant pas effectué ces stages (internes de 1ère et 2ème année) (72 %). ($p = 0.03$)

	Promotion A (n = 76)	Promotion B (n = 75)	n	p
Incertitude plus facile à gérer stage..., n				
Oui	55 (72%)	65 (87%)	120	0.03
Non	21 (28%)	10 (13%)	31	-

Tableau 8 : L'incertitude semble plus facile à gérer lors des stages hospitaliers en fonction des stages en autonomie effectués.

Le fait d'avoir effectué des remplacements ou non n'influait pas significativement les réponses ($p=0.27$)

Il n'y avait pas de différence significative des réponses à cette question selon la tolérance à l'incertitude des internes ($p=0.48$)

- Pourquoi ?

79.47 % des internes considéraient que l'incertitude diagnostique était plus facile à gérer lors de leurs stages hospitaliers. Leurs arguments étaient :

- « Examens complémentaires accessibles plus facilement et résultats rapides »: **62 internes**
- « Avis spécialisés plus faciles et rapides »: **53 internes**
- « Travail d'équipe / échanges avec collègues »: **39 internes**
- « Hospitalisation en cas de doute permet la surveillance des patients / possibilité de réévaluer, prescrire d'autres examens selon l'évolution »: **19 internes**
- « Présence de médecins plus expérimentés/seniors sur place »: **23 internes**
- « Temps de réflexion plus long à l'hôpital »: **12 internes**
- « Diagnostic souvent déjà posé par les urgences si stage en service d'hospitalisation »: **1 interne**
- « On se sent moins seul »: **9 internes**
- « Responsabilité partagée et assurance de l'hôpital en cas de litige »: **3 internes**

20.53 % des internes considéraient que l'incertitude diagnostique était plus difficile à gérer lors de leurs stages hospitaliers. Leurs arguments étaient:

- « Maître de stage en ambulatoire plus disponibles que les médecins encadrant hospitaliers »: **3 internes**
- « Pathologies rencontrées plus graves en hospitalier »: **4 internes**
- « Possibilité d'envoyer le patient aux urgences en cas de doute lors des consultations ambulatoires »: **1 interne**
- « Rapport moins proche avec le patient dans le contexte hospitalier, plus de distance relationnelle »: **1 interne**

3 internes ont répondu en commentaire ne pas constater de différence de difficultés entre stages ambulatoires et stages hospitaliers.

5. Réactions, conduites à tenir face à une situation d'incertitude

Quelles attitudes adoptez-vous avec votre patient face à une situation d'incertitude diagnostique en médecine ambulatoire?

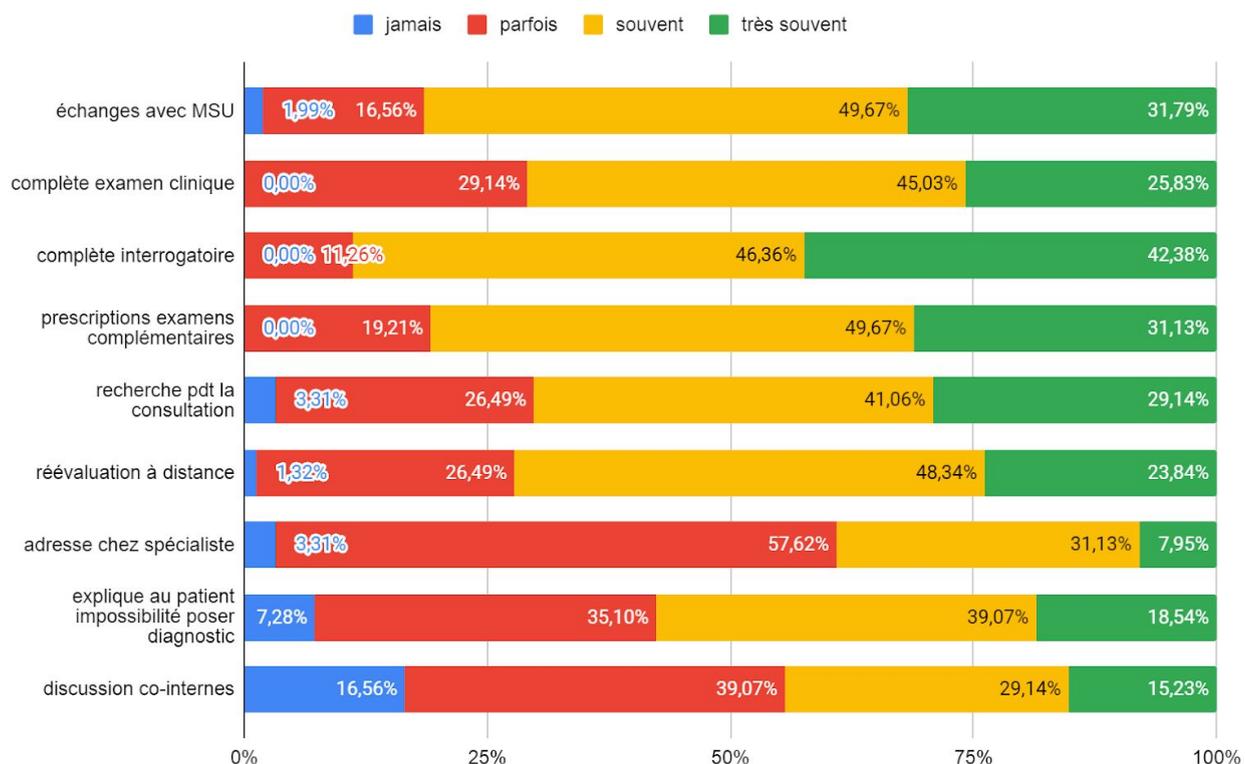


Figure 13 : Réactions / conduites à tenir utilisées par les internes pour faire face à l'incertitude. Vue d'ensemble pour l'effectif total des internes interrogés.

Etude comparative en sous-groupes concernant les attitudes adoptées par les internes en situation d'incertitude diagnostique

<u>Attitudes adoptées en situation d'incertitude diagnostique</u>	<u>Sous-groupes</u>			
	Promotions	Stages en autonomie	Remplacements	Tolérance à l'incertitude
J'appelle ou en discute plus tard avec le MSU	<u>p=0.018*</u>	<u>p=0.033*</u>	p=0.092	p=0.31
J'approfondis l'examen clinique / je réexamine le patient	p=0.53	p=0.31	p=0.83	p=0.86
Je complète l'interrogatoire	p=0.051	<u>p=0.019*</u>	p=0.49	p=0.81
Je prescris des examens complémentaires pour m'orienter	p=0.44	p=0.79	<u>p=0.043*</u>	p=0.38
J'effectue une recherche pendant la consultation	p=0.99	p=0.96	p=0.60	p=0.47
Je propose au patient de réévaluer à distance lors d'une prochaine consultation	p=0.99	p=0.64	p=0.96	p=0.89
J'adresse le patient à un spécialiste	p=0.99	p=0.22	p=0.65	p=0.95
J'explique au patient qu'il n'est pas toujours possible de poser un diagnostic précis	p=0.99	p=0.41	p=0.28	<u>p=0.012*</u>
J'en discute avec des co-internes lors des groupes d'échange de pratique ou avec des proches qui font partie du milieu médical	p=0.99	p=0.33	p=0.87	p=0.81

*différence significative

Tableau 9 : Etude comparative en sous-groupes des attitudes adoptées en situation d'incertitude diagnostique par les internes. valeurs de p (test du χ^2 / test de Fisher)

Il a été mis en évidence des différences significatives pour les propositions suivantes:

- « *J'appelle ou en discute plus tard avec le maître de stage* »:

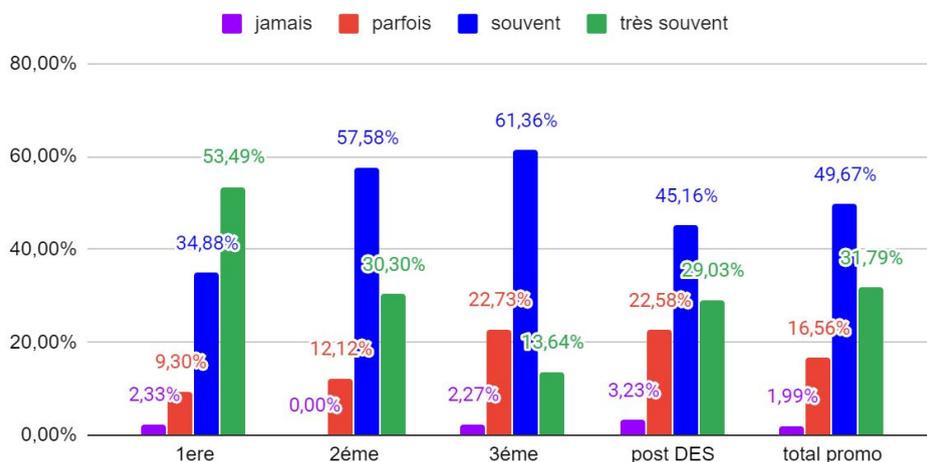


Figure 14 : Réaction / conduite à tenir: « *J'appelle ou en discute plus tard avec le maître de stage* » en fonction des promotions

Il existait une différence significative entre les promotions. ($p=0.018$ par test de Fisher)

La première année était la promotion pour laquelle la réponse « très souvent » avait la plus grande fréquence. (53.49 %)

Les internes qui n'avaient pas effectué de stage en autonomie (promotion A) appelaient/discutaient avec le maître de stage significativement plus souvent que les autres internes (promotion B). (88 % vs 75 %) ($p=0.033$)

	Promotion A (n = 76)	Promotion B (n = 75)	n	p
Face incertitude: J'appelle ou en dis..., n				
jamais/parfois	9 (12%)	19 (25%)	28	0.033
souvent/très souvent	67 (88%)	56 (75%)	123	-

Tableau 10 : « *J'appelle ou en discute plus tard avec le maître de stage* » en fonction des stages en autonomie effectués

- « *Je complète l'interrogatoire* »

Les internes n'ayant pas effectué de stages en autonomie étaient significativement plus nombreux à compléter l'interrogatoire en situation d'incertitude plus souvent que les internes ayant effectué ces stages. (p= 0.019)

	Promotion A (n = 76)	Promotion B (n = 75)	n	p
Face incertitude Je complète l'inter..., n				
jamais/parfois	4 (5.3%)	13 (17%)	17	0.019
souvent/très souvent	72 (95%)	62 (83%)	134	-

Tableau 11 : « *Je complète l'interrogatoire* » en fonction des stages en autonomie effectués

- « *Je prescris des examens complémentaires pour m'orienter* »

Les internes ayant effectués des remplacements prescrivait plus souvent des examens complémentaires. (p=0.043)

- « *J'explique au patient qu'il n'est pas toujours possible de poser un diagnostic précis* »

Les internes ayant déclaré mieux tolérer l'incertitude (3/4-4/4) expliquaient plus souvent au patient qu'il n'était « pas toujours possible de poser un diagnostic précis », que les internes tolérant moins bien l'incertitude (1/4-2/4). (p=0.012)

	Situez votre tolérance face à l'incer... 1 (n = 67)	Situez votre tolérance face à l'incer... 3 (n = 84)	n	p
Face incertitude J'explique au patient..., n				
jamais/parfois	36 (54%)	28 (33%)	64	0.012
souvent/très souvent	31 (46%)	56 (67%)	87	

Tableau 12 : « *J'explique au patient qu'il n'est pas toujours possible de poser un diagnostic précis* » en fonction de la tolérance à l'incertitude des internes

C) Objectif secondaire: tolérance des internes face à l'incertitude et moyens à mettre en place pour améliorer cette tolérance

1. Tolérance face à l'incertitude diagnostique

- « Actuellement, situez votre tolérance face à l'incertitude diagnostique »

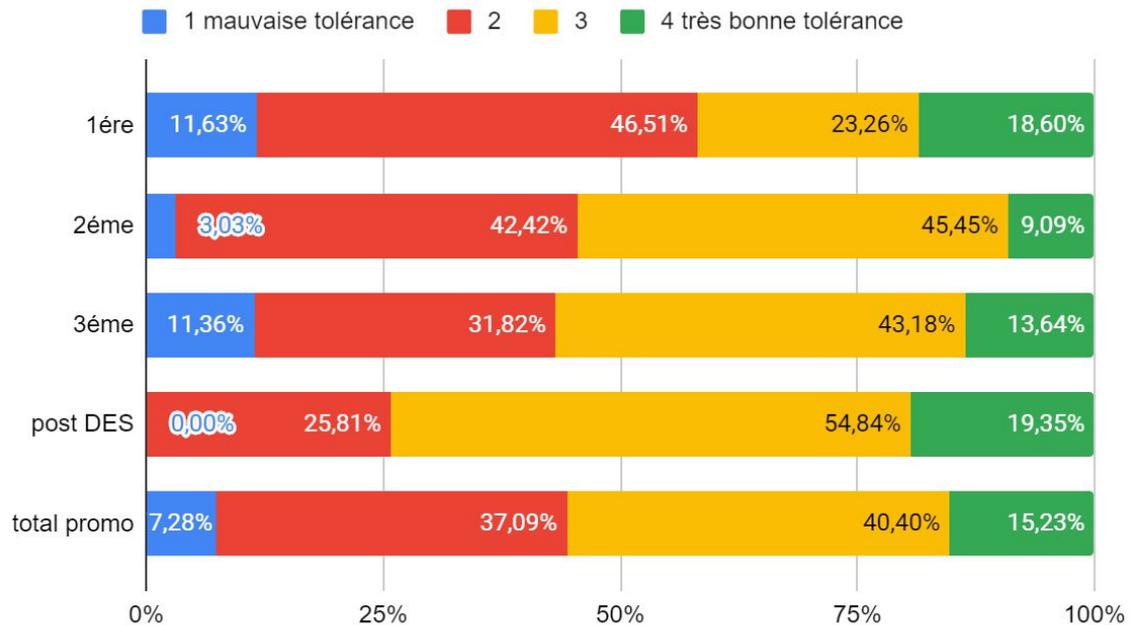


Figure 15 : Evaluation de la tolérance face à l'incertitude diagnostique en fonction des promotions

Les internes ayant effectué des remplacements toléraient significativement mieux l'incertitude diagnostique. (p =0.022)

	Remplacements effectués Non (n = 110)	Remplacements effectués Oui (n = 41)	n	p
Situez votre tolérance face à l'incer..., n				
1	10 (9.1%)	1 (2.4%)	11	0.022
2	47 (43%)	9 (22%)	56	-
3	39 (35%)	22 (54%)	61	-
4	14 (13%)	9 (22%)	23	-

Tableau 13 : Tolérance des internes face à l'incertitude diagnostique en fonction des remplacements effectués

Les internes de 3ème année et année post DES décrivaient une meilleure tolérance à l'incertitude que les internes des promotions de 1ère et 2ème année. (p= 0.04)

	Promotion A (n = 76)	Promotion B (n = 75)	n	p
Situez votre tolérance face à l'incer..., n				
1	40 (53%)	27 (36%)	67	0.04
3	36 (47%)	48 (64%)	84	-

Tableau 14 : Tolérance des internes face à l'incertitude diagnostique en fonction des stages en autonomie effectués

- « Osez-vous évoquer avec le patient l'incertitude diagnostique ? »

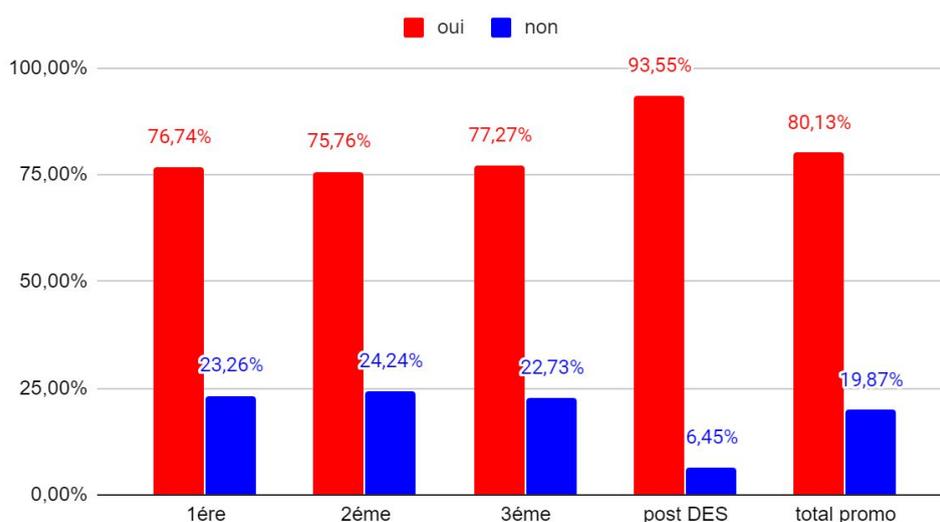


Figure 16 : Réponses à la question; « Osez-vous évoquer avec le patient l'incertitude diagnostique ? » en fonction des promotions

80.13 % des internes osaient évoquer l'incertitude avec le patient.

Il n'y avait pas de différence significative selon les promotions (p=0.14), ni selon les stages en autonomie effectués (p=0.24).

Les internes ayant effectué des remplacements osaient plus évoquer l'incertitude diagnostique avec les patients (93 %) que les internes n'ayant jamais effectué de remplacements (75 %). (p=0.018)

	Remplacements effectués Non (n = 110)	Remplacements effectués Oui (n = 41)	n	p
Osez-vous évoquer avec le patient l'i..., n				
Oui	83 (75%)	38 (93%)	121	0.018
Non	27 (25%)	3 (7.3%)	30	-

Tableau 15 : « Osez-vous évoquer avec le patient l'incertitude diagnostique ? » en fonction des remplacements

Les internes qui toléraient moins bien l'incertitude étaient 37 % à déclarer ne pas oser évoquer l'incertitude avec les patients contre 6 % chez ceux qui affirmaient bien tolérer l'incertitude. (différence significative $p < 0.001$)

	Situez votre tolérance face à l'incer... 1 (n = 67)	Situez votre tolérance face à l'incer... 3 (n = 84)	n	p
Osez-vous évoquer avec le patient l'i..., n				
Oui	41 (61%)	79 (94%)	120	<0.001
Non	25 (37%)	5 (6%)	30	-

Tableau 16 : « Osez-vous évoquer avec le patient l'incertitude diagnostique ? » en fonction de la tolérance à l'incertitude des internes

- « Pensez-vous que le faire serait un obstacle à la confiance que vous porte le patient ? »

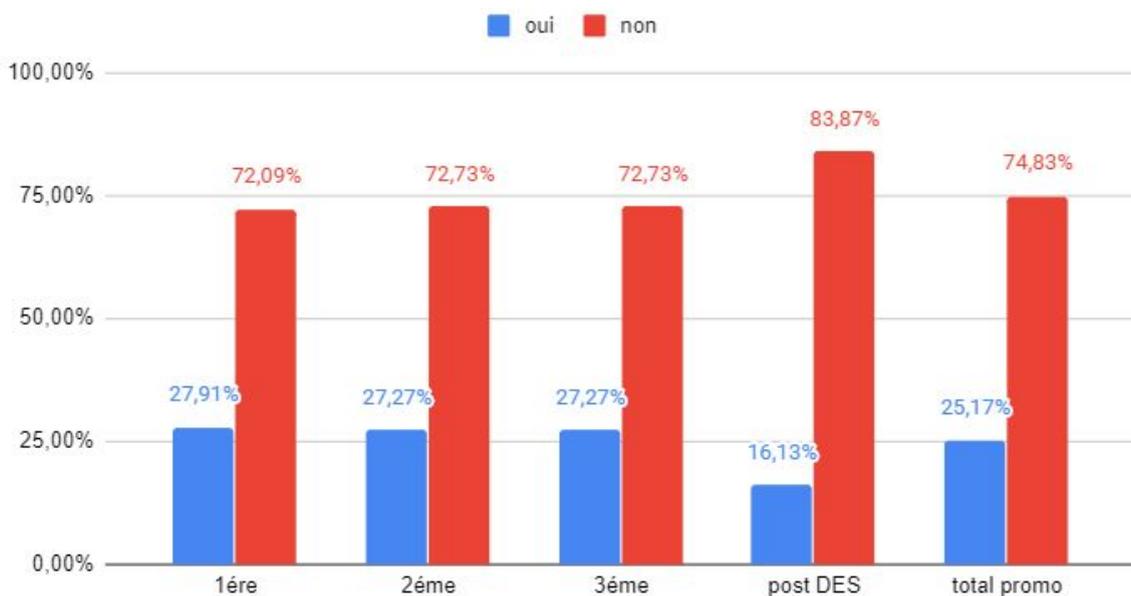


Figure 17 : « Évoquer l'incertitude serait un obstacle à la confiance que porte le patient » en fonction des promotions

25.17 % des internes considéraient qu'évoquer directement l'incertitude avec le patient serait un obstacle à la confiance qu'il leur porte.

Il n'y avait pas de différence significative entre les promotions d'internes ($p=0.63$).

Le fait d'avoir réalisé des remplacements n'intervenait pas significativement sur les réponses données. ($p=0.77$)

Les internes qui toléraient le moins bien l'incertitude étaient significativement plus nombreux à considérer qu'évoquer l'incertitude serait un obstacle à la confiance que leur portent les patients (p=0.02)

	Situez votre tolérance face à l'incer... 1 (n = 67)	Situez votre tolérance face à l'incer... 3 (n = 84)	n	p
Evoquer incertitude = obstacle à la c..., n				
Non	44 (66%)	69 (82%)	113	0.02
Oui	23 (34%)	15 (18%)	38	-

Tableau 17 : « Évoquer l'incertitude serait un obstacle à la confiance que porte le patient » en fonction de la tolérance à l'incertitude des internes

- Pensez-vous que l'expérience influence notre gestion face à l'incertitude diagnostique ?

99.34% des internes considéraient que l'expérience influençait la gestion face à l'incertitude diagnostique.

- Pourquoi?

Réponses des internes:

→ Avantages:

« Acquisitions capacités d'adaptation avec l'expérience ». (3 fois)

« L'expérience augmente la confiance en soi. » (12 fois)

« L'expérience permet de prendre du recul. » (7 fois)

« L'expérience diminue l'incertitude ». (8 fois)

« L'expérience diminue le stress face à l'incertitude » (2 fois)

« Certaines situations se répètent avec une meilleure gestion au fil du temps et une diminution du stress » (10 fois)

« L'expérience augmente les connaissances et les évolutions potentielles devant une situation ». (11 fois)

« Elle permet une détection des signes d'alerte plus rapidement pour mieux éliminer les pathologies graves ». « plus de réflexes » « L'expérience permet d'évaluer l'urgence ou non d'une situation. » (6 fois)

« C'est l'apprentissage de la médecine générale, l'expérience qui nous apprend à tolérer l'incertitude car elle fait partie de l'exercice, toutes les réponses ne sont pas trouvées à la fin d'une seule consult ».

« L'expérience permet d'être plus serein, d'accepter de ne pas savoir. » (3 fois)

Communication : « Elle facilite la communication sur l'incertitude avec le patient » « trouver les mots justes » « rassurer le patient » (13 fois)

« L'expérience permet de savoir affirmer devant le patient, sans honte et avec certitude, notre incertitude face à la situation et la nécessité d'explorations complémentaires, d'avis spécialisé ou de différer un traitement. » (3 fois)

« Meilleure gestion des réactions parfois négatives des patients face à l'absence de diagnostic ». (2 fois)

Relation de confiance : « Avec l'expérience, la relation avec les patients et leur confiance envers leur médecin est bien établie » (5 fois)

« L'expérience nous apprend à relativiser, dédramatiser face à l'incertitude diagnostique et nous aide à en parler avec le patient ». (4 fois)

« L'expérience permet une meilleure connaissance de nos patients et de leur profil psychologique. » (4 fois)

« L'expérience permet de savoir où chercher les informations dont nous avons besoin. » (2 fois)

« Réseau de confrères spécialistes, plus facile pour demander des avis. » (3 fois)

« L'incertitude n'est pas un signe de manque de compétences, au contraire ! »

« L'expérience doit permettre de voir que souvent face à l'incertitude le temps est un allié, que cette incertitude ne diminue pas la confiance du patient qui reconsulte par la suite. »

→ Inconvénients:

« De mauvaises expériences peuvent aussi nous déstabiliser en situation d'incertitude (peur de refaire la même erreur). » (2 fois)

2. Incertitude et formation universitaire

- « L'incertitude a-t-elle été évoquée dans votre cursus universitaire ? »

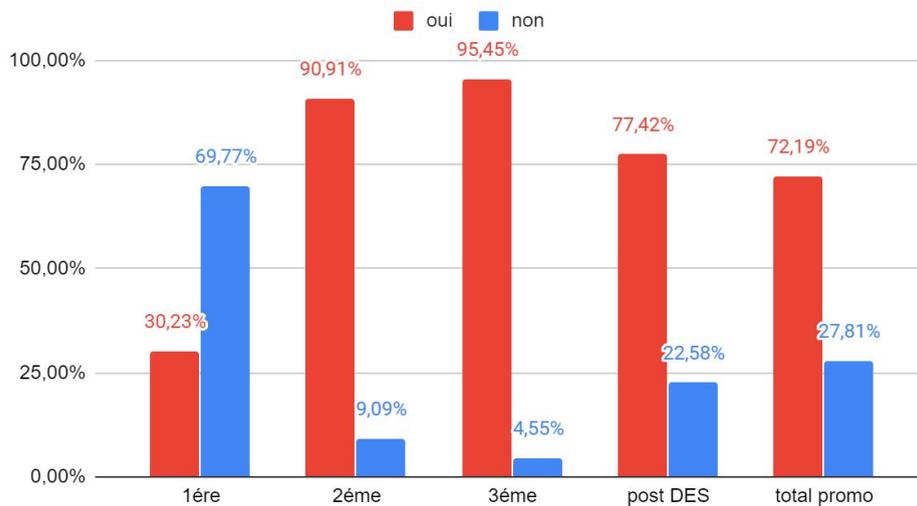


Figure 18 : Incertitude évoquée dans le cursus universitaire en fonction des promotions

	L'incertitude diagnostique évoquée lo... Oui (n = 108)	L'incertitude diagnostique évoquée lo... Non (n = 42)	n	p
Votre promotion; n				
1	13 (12%)	30 (71%)	43	<0.001
2	29 (27%)	3 (7.1%)	32	-
3	42 (39%)	2 (4.8%)	44	-
4	24 (22%)	7 (17%)	31	-

Tableau 18 : Incertitude évoquée dans le cursus universitaire en fonction des promotions

L'incertitude diagnostique a significativement été moins évoquée chez les internes de première année ($p < 0.001$) (questionnaire remis aux internes de première année avant le cours)

- « Si oui, en êtes-vous satisfait ? »

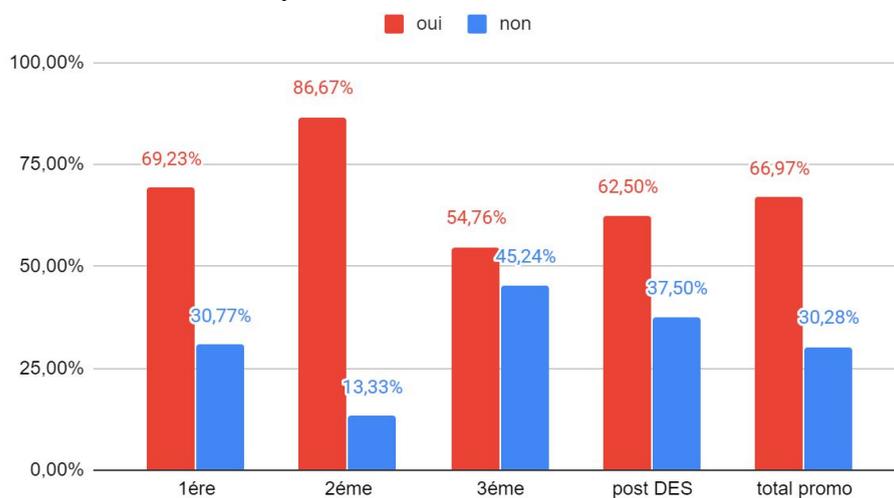


Figure 19 : Satisfaction des internes concernant l'enseignement universitaire de l'incertitude en fonction des promotions

Les internes étaient satisfaits à 66.97 %.

- « La gestion de l'incertitude diagnostique devrait-elle être plus enseignée à la faculté selon vous? »

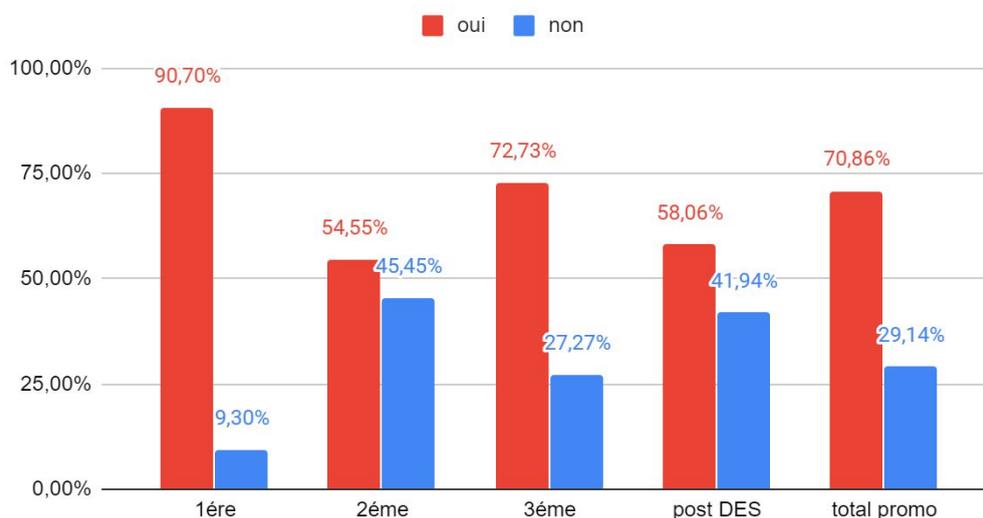


Figure 20 : Réponses à « La gestion de l'incertitude diagnostique devrait-elle être plus enseignée à la faculté selon vous? » en fonction des promotions

70.86 % des internes considéraient que l'incertitude diagnostique devrait être plus enseignée à la faculté.

Les internes de première année étaient significativement plus en demande d'enseignement en comparaison avec les autres promotions. ($p < 0.01$) (mais ils n'avaient pas encore assisté au cours sur l'incertitude)

Les internes ayant une moins bonne tolérance face à l'incertitude diagnostique sont significativement plus nombreux à déclarer que la gestion de l'incertitude diagnostique devrait être plus enseignée à la faculté. ($p < 0.001$)

	Situez votre tolérance face à l'incer... 1 (n = 67)	Situez votre tolérance face à l'incer... 3 (n = 84)	n	p
La gestion de l'incertitude diagnosti..., n				
Oui	58 (87%)	49 (58%)	107	<0.001
Non	9 (13%)	35 (42%)	44	-

Tableau 19 : « La gestion de l'incertitude diagnostique devrait-elle être plus enseignée à la faculté selon vous? » en fonction de la tolérance à l'incertitude des internes

- « Si oui, sous quelle forme (cours magistral, groupes d'échange de pratiques...)? »

Les internes avaient répondu :

- GEP (groupes d'échange de pratiques) : **54 fois**
- Ateliers en petits groupes avec cas cliniques : **6 fois**
- Cours magistral (interactifs avec exemples) : **31 fois**
- Cours sur les outils pouvant être utilisés en situation d'incertitude : 2 fois
- Groupes d'échange avec maîtres de stage : 2 fois
- Mise en situation / conseils sur la communication en situation d'incertitude : 1 fois

- « A quelle fréquence utilisez-vous internet pour effectuer des recherches lors de vos consultations ? (en pourcentage de consultation) »

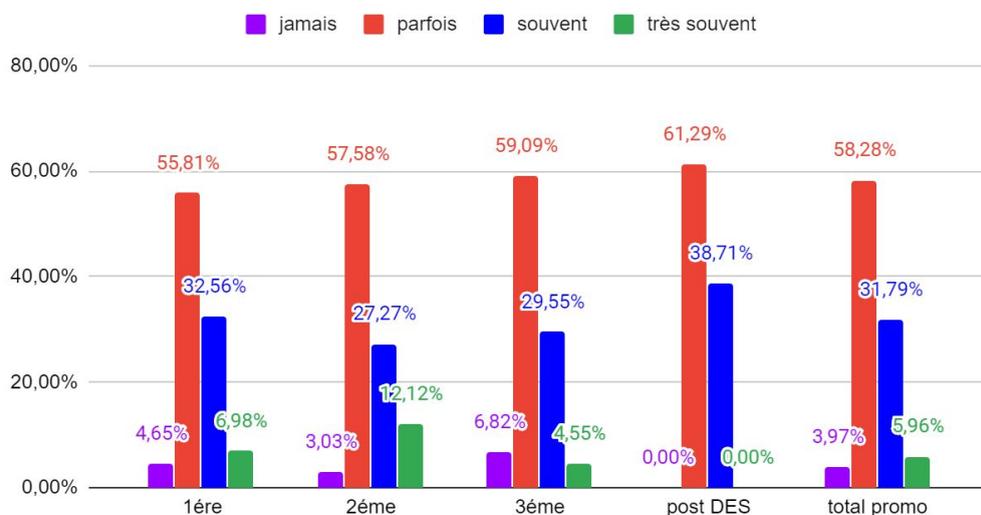


Figure 21 : Fréquence d'utilisation d'internet au cours des consultations en fonction des promotions

58.28 % des internes utilisaient « parfois » internet pour effectuer des recherches lors des consultations. 31.79 % d'entre eux déclaraient le faire « souvent ». Il n'a pas été mis en évidence de différence significative entre les promotions. (p=0.62)

Il n'existait pas de différence significative dans les autres sous groupes. (stages autonomie effectués ou non: p=0.51; remplacements ou non p=0.68; selon la tolérance p=0.36)

- « Quels sont les sites internet / applications vous permettant de faire face aux situations d'incertitude diagnostique que vous utilisez ? » Réponses libres, par ordre de fréquence

Collèges enseignants : 58 fois	Gestacliv : 4 fois	Urg de garde : 1 fois
Antibiocliv : 50 fois	Guide thérapeutique	E-popi : 1 fois
HAS : 51 fois	Perlemutter : 4 fois	Esculape : 1 fois
Vidal : 45 fois	CRAT : 3 fois	Memobio : 1 fois
Google : 12 fois	Ophtalmoeliv : 3 fois	Thromboeliv : 1 fois
Orphanet : 12 fois	Pubmed : 3 fois	Wikipedia : 1 fois
DRC (dictionnaire de résultats de consultations) : 11 fois	Kit medical : 3 fois	Medline : 1 fois
Fiches Item ECN:10 fois	Revmed : 3 fois	Urgence1cliv : 1 fois
Pilly : 6 fois	Pediadoc : 2 fois	Recomed : 1 fois
Ameli.fr : 5 fois	Pediadiv : 2 fois	Institut pasteur : 1 fois
Pas à pas pédiatrie : 4 fois	Dermatoeliv : 2 fois	Santé Publique France : 1 fois
Prescrire : 4 fois	360medics : 2 fois	
	Vaccination infos service : 2 fois	

- « Une formation sur ces outils vous semble nécessaire ? »

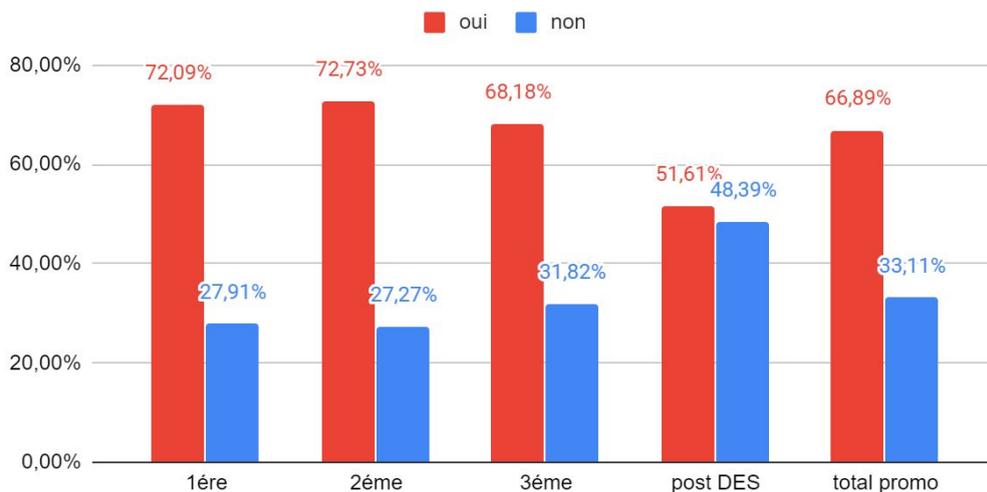


Figure 22 : « Nécessité d'une formation concernant les outils de gestion de l'incertitude » en fonction des promotions

Les internes souhaitent une formation concernant les outils permettant de faire face à l'incertitude à 66.89 %. La différence de réponses entre les promotions n'est pas statistiquement significative. (p=0.18)

La tolérance n'avait pas de lien statistiquement significatif dans les réponses données (p=0.15)

Les internes n'ayant jamais réalisé de remplacements sont significativement plus demandeurs de formation concernant les outils que les internes ayant déjà effectué des remplacements. (p<0.01)

	Remplacements effectués Non (n = 110)	Remplacements effectués Oui (n = 41)	n	p
Formation universitaire de ces outils..., n				
Oui	81 (74%)	20 (49%)	101	<0.01
Non	29 (26%)	21 (51%)	50	-

Tableau 20 : « Nécessité d'une formation concernant les outils de gestion de l'incertitude » en fonction des remplacements

IV) Discussion

A) Forces et faiblesses de notre travail

1. Forces

Au cours de nos recherches, nous avons constaté que peu de travaux se sont intéressés aux connaissances et à la tolérance de l'incertitude chez les internes de médecine générale en France en dehors d'une thèse chez des internes en SASPAS. (11)

La répartition hommes-femmes était équilibrée. Le taux de participation chez les internes de médecine générale d'Amiens était de 49.2 %.

L'utilisation d'un questionnaire via google forms imposait aux internes de répondre à toutes les questions pour pouvoir valider le questionnaire. Il n'y a donc pas eu de question sans réponse en dehors des questions à réponse rédactionnelle.

A travers nos résultats, nous avons répondu à notre objectif principal qui était d'évaluer les connaissances et l'expérience des internes concernant l'incertitude diagnostique. Nous avons également étudié et mis en évidence des pistes de travail pour améliorer la tolérance des internes.

2. Faiblesses

Le questionnaire a été soumis à la moitié de la promotion de première année, puisque l'autre moitié se trouvait en stage hospitalier aux urgences et n'avait pas encore effectué de stage ambulatoire dans le cadre de l'internat. L'impact de ce risque semble limité puisque la répartition des réponses des différentes promotions montre un nombre de réponses des internes de première année équivalent à celui de la promotion de troisième année.

Un mode de recueil différent avait été utilisé pour les premiers semestres et les autres promotions (même si le questionnaire était identique). Les premiers semestres ont reçu un questionnaire papier avant le début du cours délivré à la faculté d'Amiens concernant l'incertitude diagnostique, et non via un lien google forms comme les autres promotions car nous souhaitons que les internes de première année répondent au questionnaire sans être influencés par le contenu de l'enseignement auquel ils allaient assister. L'objectif était justement d'avoir un point de vue en dehors de tout enseignement facultaire sur ce sujet pour le confronter aux autres promotions qui elles, avaient bénéficié d'un cours dans les mois ou années précédentes.

Concernant le questionnaire, lors des analyses, nous nous sommes aperçus qu'à la question 8, pour la proposition: « L'incertitude fait partie du quotidien », les réponses par fréquence n'étaient pas les plus adaptées.

Concernant les questions 6 et 9 du questionnaire, à propos de la fréquence d'incertitude diagnostique en ambulatoire et en hospitalier, il aurait été plus judicieux d'interroger les internes de la même façon pour pouvoir comparer ces fréquences. (et non interroger les internes sur la fréquence de certitude en ambulatoire puis les interroger sur la fréquence d'incertitude en hospitalier)

Il existe un risque de biais concernant les sous-groupes: les internes qui ont effectué des stages en autonomie ou des remplacements sont aussi les internes ayant le plus d'expérience puisque plus avancés dans l'internat. Les différences mises en évidence sont-elles le reflet d'une expérience acquise lors de leurs situations pratiques en autonomie ou simplement du fait de leur expérience ou ancienneté plus importante ?

B) Objectif principal: évaluer les connaissances et l'expérience des internes concernant l'incertitude diagnostique

L'objectif de notre travail était d'abord d'évaluer les connaissances des internes concernant l'incertitude diagnostique et leur expérience face à celle-ci.

Dans notre étude, les internes de médecine générale d'Amiens ont déclaré que l'incertitude s'était révélée à eux dès le début de leur pratique. Ils ont conscience de l'incertitude mais la sous-estiment puisque 31.79 % des internes estimaient être « très souvent » (soit dans plus de 60 % des consultations) certains du diagnostic. Pourtant, selon la SFMG et l'OMG (l'Observatoire de Médecine Générale), un diagnostic complet de maladie ne peut être posé que dans 30 % des consultations. (14,15)

En médecine générale, le principe « anamnèse exacte, examen complet, routine de laboratoire, établissement d'un diagnostic exact » est un mythe (16) et ce serait une erreur de penser que tout tableau clinique est le stade précoce d'une maladie en cours d'évolution. (4)

A travers ce travail, nous avons montré que, contrairement à ce que nous avions supposé en introduction et à ce qui avait été retrouvé dans notre bibliographie (11), l'expérience acquise à travers les différents stages au cours de l'internat n'a pas d'influence sur la fréquence de ressenti de certitude diagnostique chez les internes. En revanche, la fréquence de ressenti de certitude du diagnostic était bien plus importante chez les internes décrivant une bonne tolérance à l'incertitude. Ce qui pourrait nous amener à penser qu'ils tolèrent bien l'incertitude parce qu'ils la sous-estiment, ou alors au contraire qu'ils connaissent cette incertitude et l'intègrent dans leur pratique.

1. Concernant le ressenti des internes face à l'incertitude

Selon notre travail, l'incertitude diagnostique est considérée comme stimulante par la majorité des internes (82.79 %) et elle les pousse à poursuivre leur formation pour se perfectionner. (en accord avec d'autres travaux effectués chez des internes en SASPAS et chez des médecins généralistes de Corrèze)(11,17)

Pourtant, quels que soient les promotions ou les stages en autonomie effectués, l'incertitude peut parfois entraîner un sentiment d'échec, de manque de compétences comme nous l'avions supposé dans nos travaux préliminaires.(7,11) Ce sentiment concerne davantage les internes déclarant avoir une mauvaise tolérance à l'incertitude.

Dans le monde compétitif des études médicales et de la profession médicale dans son ensemble, l'incertitude peut être perçue comme un signe de faiblesse. (1,11) Il est difficile pour les jeunes médecins de différencier les limites de leurs connaissances des limites du savoir médical du moment . Ce sentiment de manque de compétences en début de carrière semble venir de la difficulté à faire cette distinction. (3,11)

Pour les internes de notre étude, l'incertitude peut également être source d'angoisse dans la vie professionnelle, avec la peur de faire une erreur, de passer à côté d'une pathologie grave. L'angoisse dans la vie professionnelle décrite dans notre étude semble comparable à celle décrite dans un autre travail de thèse réalisé auprès d'internes en SASPAS.(11)

En revanche, cette angoisse exprimée n'a que très peu de répercussion sur la vie personnelle des internes. Elle semble cantonnée à la vie professionnelle.

L'incertitude n'entraînait « jamais » de remise en question professionnelle ou de doute sur le choix de la médecine générale pour 52.98 % des internes.

NB: Le fait d'être une femme serait un facteur influençant le risque de présenter de façon plus marquée une angoisse dans la vie professionnelle dans les situations d'incertitude diagnostique que chez l'homme. Cette notion a également été retrouvée dans d'autres travaux. (18)

Cette ambivalence entre incertitude stimulante et vécue comme un échec peut s'expliquer selon la tolérance à l'incertitude. En effet, si les stages en autonomie, l'appartenance à une promotion ou le fait d'avoir effectué des remplacements n'avaient pas d'impact sur le ressenti des internes face à l'incertitude, la mauvaise tolérance de l'incertitude diagnostique par les internes entraîne une exacerbation des ressentis négatifs (elle est davantage source de sentiment d'échec, d'angoisse dans la vie personnelle et de remise en question professionnelle). **Aider les internes à mieux tolérer l'incertitude est donc primordiale à leur épanouissement professionnel.**

2. Concernant les réactions, les conduites à tenir des internes face l'incertitude diagnostique

Notre étude a permis de mettre en évidence les stratégies qui sont fréquemment mises en place par les internes lors de leur démarche diagnostique pour faire face à l'incertitude diagnostique:

→ La communication:

Les internes ont besoin de communiquer, de partager leur incertitude pour mieux la gérer.

- ◆ Les internes échangent souvent avec leurs maîtres de stage concernant les situations d'incertitude auxquelles ils sont confrontés, plus particulièrement les internes de première année. (similitudes avec la bibliographie) (10) Cela prouve le rôle pivot du maître de stage dans l'apprentissage de la gestion de l'incertitude.
- ◆ Les échanges avec des co-internes lors des Groupes d'échange de pratique ou avec des proches qui font partie du milieu médical : 44 % des internes échangeaient souvent avec des co-internes ou des proches. Les groupes d'échange étaient cités par la majorité des internes comme la forme à privilégier pour l'enseignement à la gestion de l'incertitude diagnostique, même si quelques internes émettaient des réserves concernant le fait d'évoquer certaines situations d'incertitude avec des collègues de peur d'être jugé.
- ◆ Le travail d'équipe : selon les internes interrogés, un travail en équipe offre la possibilité d'échanger avec des collègues et rend l'incertitude plus facile à gérer. (C'est un avantage du milieu hospitalier décrit par les internes de notre étude). Cela pourrait également expliquer pourquoi 95,5 % des internes en dernière année ou diplômés thésés interrogés plébiscitent des projets d'exercice en cabinet de groupe (54 %) ou MSP (41 %) dans leurs projets d'installation selon notre recherche bibliographique. (19)
- ◆ La communication avec le patient :
 - l'apport de **l'interrogatoire** est indéniable pour la démarche diagnostique mais également pour la gestion de l'incertitude diagnostique. Des études ont montré qu'une hypothèse émise à la fin

d'un interrogatoire bien mené est confirmée dans plus de 75 % des cas. (4,7). Il permet également de prendre en compte le ressenti du patient et ce qu'il attend de cette consultation. Les internes ont bien conscience de l'importance de l'interrogatoire dans la démarche diagnostique et l'utilisent pour faire face à l'incertitude.

- **Compléter l'examen clinique** est également un moment de relation avec le patient et a valeur de relation thérapeutique. (4,20) Il a une dimension diagnostique et relationnelle à ne pas négliger et est fréquemment approfondi par les internes en situation d'incertitude diagnostique.
- **Utiliser le temps**, reconvoquer le patient en consultation pour réévaluer à distance permet d'apprécier l'évolution des symptômes.(4,18) Les internes ont pris conscience de l'importance de la temporalité en médecine générale selon notre étude et l'utilisent pour gérer l'incertitude diagnostique.

En revanche, il était surprenant lors de notre travail de faire le constat qu'en situation d'incertitude diagnostique, la majorité des internes adressait le patient chez un spécialiste « parfois » (dans moins de 30% des cas) ce qui semble moins fréquent face à ce qui avait été retrouvé chez les médecins généralistes de Corrèze où 2 médecins sur 3 adressaient souvent chez le spécialiste.(17)

→ Les prescriptions

En situation d'incertitude diagnostique, les internes interrogés prescrivait « souvent » voire « très souvent » des examens complémentaires. L'expérience n'influait pas la fréquence de prescription des examens complémentaires dans notre étude (résultats comparables avec la thèse concernant les médecins généralistes) (17). Pourtant, un lien entre expérience et prescription d'examen complémentaires avait déjà été établi dans d'autres études en faveur d'un nombre plus important de prescriptions d'examen complémentaires chez les médecins les moins expérimentés. (12) (mais cette étude portait sur un cas clinique précis et non sur une généralité comme dans notre étude)

→ ***Les recherches:***

Faire des recherches au cours de la consultation. Cela concernait 70 % des internes interrogés. Ils utilisaient « souvent » / « très souvent » internet dans 38 % des consultations avec une large majorité des sites suivants : Collèges enseignants de différentes spécialités/ Antibiocliv/ HAS/ Vidal (par opposition aux médecins généralistes qui utilisaient très peu internet pendant les consultations selon un travail concernant les médecins généralistes de Corrèze) (17).

S'il existe quelques différences entre les promotions, l'autonomie ou le fait d'avoir effectué des remplacements, cela influence finalement peu le ressenti et les conduites à tenir utilisées par les internes contrairement ce à quoi nous pouvions nous attendre.

C) Objectif secondaire: tolérance des internes face à l'incertitude et moyens à mettre en place pour améliorer cette tolérance

1. Tolérance des internes face à l'incertitude

Les internes ayant effectué des remplacements et les internes de 3^{ème} année et année post DES qui ont réalisé des stages en autonomie, décrivaient une meilleure tolérance à l'incertitude que les internes des promotions de 1^{ère} et 2^{ème} année, comme nous avons pu le retrouver dans notre bibliographie (11,12,17). Ceci confirme notre hypothèse de départ : **l'expérience acquise avec les années et les situations de prise de décision autonomes permettent donc une meilleure tolérance face à l'incertitude. (Même si celles-ci n'avaient pourtant pas d'impact sur le ressenti face à l'incertitude.)**

L'incertitude n'est pas vécue de la même façon lorsque l'interne est seul face au patient, quand c'est à lui de prendre les décisions concernant la prise en charge. Lorsqu'il est spectateur de la prise en charge, il ne fait pas l'expérience personnelle de l'incertitude et ne prend pas conscience de son niveau de tolérance face à celle-ci.

C'est lors des premières situations de mise en autonomie, quand l'interne se retrouve confronté à cette réalité qu'il peut ressentir un sentiment d'insuffisance, de manque de compétences avec une remise en question personnelle.(7) Il est alors plus supportable de sous-estimer l'incertitude et d'éviter les situations qui la révèlent, c'est alors que l'enseignement de l'incertitude diagnostique trouve tout son intérêt.

Enseigner l'incertitude diagnostique et sa gestion semble primordiale avant la mise en autonomie des internes pour améliorer leur tolérance face à celle-ci. Pour tolérer l'incertitude, il faut la connaître.

L'incertitude a tendance à être sous-estimée par les médecins expérimentés (17,21) comme par les internes. Dans notre travail, les internes présentant une mauvaise tolérance face à l'incertitude diagnostique étaient majoritairement demandeurs d'enseignement concernant la gestion de l'incertitude diagnostique.

Selon nos résultats, l'incertitude entraînerait une remise en question professionnelle, un doute sur le choix de la médecine générale de façon beaucoup plus importante chez les internes qui déclaraient mal tolérer l'incertitude. Pour eux, l'incertitude les mettrait dans une position délicate face au patient, ils n'oseraient pas l'évoquer avec lui et ils considéreraient que le faire serait un obstacle à la confiance que leur porte le patient . Ces internes présentent davantage une angoisse qui a un impact réel sur leur vie personnelle. Ils pourraient probablement être plus exposés au risque de burn-out et il serait intéressant d'approfondir le sujet dans des études complémentaires.

Les internes qui décrivent une bonne tolérance à l'incertitude expliquent davantage au patient qu'il n'est pas toujours possible d'avoir un diagnostic précis, sans considérer que cela soit un obstacle à la confiance accordée par le patient. L'incertitude est alors moins vécue comme un échec et devient au contraire stimulante, pousse à poursuivre la formation pour se perfectionner.

C'est la tolérance de l'interne face à la situation d'incertitude qui va déterminer son attitude, ses réactions et l'impact sur sa vie professionnelle et personnelle.

L'enseignement universitaire semble alors indispensable pour les aider à gérer ces répercussions de l'incertitude.

2. Perspectives : moyens à mettre en place pour améliorer la tolérance à l'incertitude

L'enseignement de l'incertitude est primordial pour améliorer la tolérance des internes.

(8,11,22–24)

A la Faculté de médecine d'Amiens, l'incertitude diagnostique est abordée lors du cursus universitaire depuis 4 ans.

Un cours magistral avec présentation du DRC® (Dictionnaire des Résultats de Consultation) (25) a eu lieu pour les deuxième année, troisième année et année post DES (les internes de première année avaient répondu au questionnaire avant d'assister à l'enseignement.) Ce cours permettait d'apprendre à utiliser le logiciel Web DRC® sur des exemples cliniques concrets.

Les internes étaient satisfaits de l'enseignement mais souhaitaient que la gestion de l'incertitude et les outils aidant à y faire face soit davantage enseignés (surtout les internes qui décrivent une mauvaise tolérance à l'incertitude). **Il pourrait être intéressant d'enseigner la gestion de l'incertitude diagnostique de façon plus précoce, probablement en fin d'externat, pour tous les internes avant les premières situations de mise en autonomie, puisque l'incertitude concerne le milieu hospitalier comme le milieu libéral.**

Les GEP (groupes d'échange de pratiques), les cours magistraux interactifs (avec des exemples de cas pratiques) et les ateliers en petits groupes avec cas cliniques étaient les modes d'enseignement les plus plébiscités par les internes concernant l'enseignement de la gestion de l'incertitude diagnostique. Ces moyens ont déjà été mis en place à la faculté de médecine d'Amiens, mais ont-ils permis d'améliorer la tolérance à l'incertitude des internes ? Il pourrait être intéressant dans un travail futur de déterminer si ces enseignements ont un réel impact positif sur le niveau de tolérance des internes.

La communication avec le patient concernant l'incertitude diagnostique est l'un des aspects qui pose le plus problème aux internes. Pour eux, les médecins plus expérimentés ont plus de connaissances, de confiance en eux et ont acquis de meilleures facultés de communication avec leurs patients leur permettant de mieux tolérer l'incertitude.

Il semble important de favoriser les échanges entre maître de stage et internes concernant la façon d'aborder l'incertitude avec les patients, d'où l'importance des stages avec mise en autonomie (stage de niveau 2 et SASPAS) qui ont un impact favorable sur la

tolérance des internes face à l'incertitude. Le maître de stage a une place primordiale dans l'apprentissage de la gestion de l'incertitude. Mais comment les MSU abordent-ils eux même l'incertitude diagnostique ? Comment la tolèrent-ils ?

A la faculté d'Amiens, les internes sont satisfaits de l'enseignement reçu concernant l'incertitude mais souhaitent davantage de formation concernant les outils pouvant être utilisés en situation d'incertitude.

Un enseignement se consacrant aux méthodes de communication avec le patient concernant l'incertitude diagnostique semble nécessaire. Favoriser les échanges avec les maîtres de stage concernant des cas cliniques concrets d'incertitude pourraient être bénéfiques aux internes. Ils permettraient aux internes de prendre conscience que même avec l'expérience, les situations d'incertitude restent nombreuses et qu'elles ne sont pas le signe d'un manque de compétences, mais qu'elles font partie intégrante de la médecine générale. Il pourrait être intéressant dans un travail futur d'étudier les connaissances et les attitudes mises en place par les maîtres de stage en situation d'incertitude diagnostique.

IV) Conclusion

Nous avons montré que les internes connaissent l'incertitude diagnostique mais la sous-estiment fortement, peu importe leur expérience. Cette incertitude, même si elle reste stimulante pour une majorité d'internes, peut avoir des conséquences néfastes sur leur épanouissement professionnel (angoisse, sentiment d'échec, dévalorisation...). Pour tolérer l'incertitude, les internes doivent d'abord prendre conscience et accepter qu'elle fait partie du quotidien en médecine générale.

L'expérience acquise lors des stages en autonomie permet une meilleure tolérance face à l'incertitude diagnostique et c'est cette tolérance qui a un impact sur le ressenti des internes dans leur pratique et dans leur vie personnelle. Mais l'expérience seule ne permet pas aux internes de bien tolérer l'incertitude. Comme nous l'avons déjà vu lors de nos recherches bibliographiques, l'enseignement et les stages en autonomie sont indispensables pour améliorer cette tolérance (18). L'enseignement de la gestion de l'incertitude diagnostique devrait probablement être effectué dès la fin de l'externat, avant la mise en autonomie des internes, puisque l'incertitude diagnostique touche tous les internes et pas seulement ceux se destinant à la médecine générale. Cet enseignement pourrait privilégier davantage l'apprentissage de techniques de communication à utiliser face aux patients en situation d'incertitude, puisque la médecine est une science humaine.

Les échanges entre internes lors de groupes d'échange de pratiques déjà mis en place à la faculté d'Amiens sont à poursuivre puisqu'ils permettent aux internes de partager leurs expériences.

Les échanges avec les maîtres de stage concernant la gestion de l'incertitude sont également à encourager, ainsi, les internes prendront conscience que, **même si l'expérience semble permettre aux médecins plus expérimentés de mieux gérer l'incertitude en apparence, l'incertitude persiste et le médecin doit l'appivoiser tout au long de sa carrière.**

V) Bibliographie

1. Barruel F, Bioy A. *Du soin à la personne: clinique de l'incertitude*. Paris: Dunod; 2015. 1-22 p.
2. Chouilly J, Jouteau D, Ferru P, Griot E, Kandel O, Thomas Desessarts Y. *Le dictionnaire des résultats de consultation SFMG Comment gérer le risque de l'incertitude diagnostique*. Global Media Santé(SFMG « le plaisir de comprendre »). 2017. 46 p. .
3. Fox R C. *L'incertitude médicale*. CIACO. Paris; 1988. 1-202 p. (Catalyses).
4. Bousquet M-A, Chouilly J, Kandel O. *Manuel théorique de médecine générale. 41 concepts nécessaires à l'exercice de la discipline*. Global média santé.(SFMG « le plaisir de comprendre »). 2018. 1-207 p.
5. Chabot JM. *Décision médicale: des théories pour des pratiques*. Rev Prat. 1997;47:877-8.
6. Allen J, Gay B, Crebolder H, et al. *La définition européenne de la médecine générale. Médecine de famille*. WONCA Eur. 2002;52.
7. Chouilly J, Ferru P, Jouteau D, Kandel O. *Pour un retour au raisonnement clinique ou comment apprivoiser l'incertitude diagnostique*. Global media santé. 2019. 193 p. (Le plaisir de comprendre).
8. Budowski M, Gay B. *Comment former les futurs généralistes ? De la difficulté pour les généralistes de nombreux pays à enseigner dans les écoles ou les facultés de médecine*. Exercer 2005;75:3.
9. DES de médecine générale [Internet]. ISNAR-IMG. [cité 2 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/pendant-linternat/des-de-medecine-generale/>
10. Dumga Département universitaire de médecine générale d'Amiens. Le SASPAS [Internet]. Dumga. [cité 20 mar 2020]. Disponible sur: <https://www.dumga.fr>
11. Bettés M. *Etude de la tolérance à l'incertitude chez les internes en SASPAS de Midi-Pyrénées* [These]. Université de Toulouse; 2017.[cité 20 mar 2020] Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1691/1/2017TOU31017.txt.pdf>
12. Krider R. *Expérience professionnelle des médecins généralistes et prescriptions complémentaires en situation d'incertitude* [Thèse,]. [Strasbourg]; 2018.[cité 20 mar 2020] Disponible sur: https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2018/2018_KRIDER_roman.pdf
13. Remplacement [Internet]. ISNAR-IMG. [cité 3 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/pendant-linternat/remplacement/>
14. OMG - Observatoire de la Médecine Générale [Internet]. [cité 2 avr 2020]. Disponible sur: <http://omg.sfm.org/>
15. Société Française de Médecine Générale : Démarche diagnostique [Internet]. [cité 23 janv 2020]. Disponible sur: http://www.sfm.org/theorie_pratique/demarche_diagnostique/
16. Braun R. *Pratique, Clinique et enseignement de la médecine générale*. Paris: Payot; 1979.

17. PINCE M. *Gestion de l'incertitude en médecine générale Etude quantitative en Corrèze* [Thèse]. Limoges; 2013. [cité 26 mar 2020] Disponible sur: <https://aurore.unilim.fr/theses/nxfile/default/b78920fe-c6b7-41b7-ae17-67bc20d4d0bd/blobholder:0/M20133119.pdf>

18. Sandid K. *Déterminants des réactions face à l'incertitude des internes de médecine générale en France : l'étude DERFI-IMG.*[Thèse] Paris Diderot; 2016.[cité 22 mar 2020] Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/337086138_Determinants_des_reactions_face_a_l'incertitude_des_internes_de_medecine_generale_en_France_l'etude_DERFI-IMG

19. WOZNIAK L. *Mode d'exercice, durée d'installation : à quoi ressemblent les généralistes de demain ?* [Internet]. Les Généralistes-CSMF. 2020 [cité 26 avr 2020]. Disponible sur: <https://lesgeneralistes-csmf.fr/2020/02/06/mode-dexercice-duree-dinstallation-a-quoi-ressemblent-les-generalistes-de-demain/>

20. Bancon S. *L'enjeu relationnel et thérapeutique de l'examen du corps en consultation de médecine général.* *Analyse du vécu des patients à partir de 37 entretiens semi-dirigés.* [Thèse]. Université Claude Bernard-Lyon 1; 2008.[cité 22 mar 2020] Disponible sur: https://www.urps-med-aura.fr/wp-content/uploads/2019/10/THESE_BANCON_Sabine.pdf

21. Chicoulaa B. *L'incertitude en médecine générale, quelles particularités?* [Internet]. [cité 12 avr 2020]. Disponible sur: <https://e-respect.fr/uploads/6cc199e5cc504cf1afea394a67ac60b7.pdf>

22. Attali C, Bail P, Magnier A-M, Beis J-N, Ghasarossian C, Gomes J, et al. *Compétences pour le DES de médecine générale.* 2006;(76):31-2. Disponible sur: https://parisouest.cnge.fr/doc/Attali_Bail.pdf

23. Guenter D, Fowler N, Lee L. *L'incertitude clinique.* *Can Fam Physician* [Internet]. janv 2011 [cité 10 avr 2020];57(1):123-5. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3024177/>

24. Bouchard-Lamothe D. *Enseigner à tolérer l'incertitude dans la décision médicale* [Internet]. 2011; Ottawa. [cité 28 mar 2020] Disponible sur: https://hopitalmontfort.com/sites/default/files/PDF/enseigner_a_tolerer_lincertitude_dianebouchar_dlamothe_0.pdf

25. Société Française de Médecine Générale : *Le DRC® sous tous ses formats* [Internet]. [cité 13 janv 2019]. Disponible sur: http://www.sfmng.org/theorie_pratique/outils_de_la_demarche_medicale/le_dictionnaire_des_resultats_de_consultation_-_drc/le_drc_sous_tous_ses_formats.html

VI) Annexes

Questionnaire

Connaissances et gestion de l'incertitude diagnostique par les internes de médecine générale en stage ambulatoire.

Je m'appelle Sophie REDIS, et je suis interne en médecine générale à la faculté d'Amiens.
Ma thèse, sous la direction du Dr Vincent, cherche à évaluer les connaissances et la gestion de l'incertitude diagnostique par les internes de médecine générale de la faculté d'Amiens.
C'est pourquoi, je vous invite à remplir le questionnaire suivant, qui ne vous prendra pas plus de 5 min.
Merci pour votre participation!

*Obligatoire

Description de la population

1. **Quel est votre âge: ***

2. **Vous êtes: ***

Une seule réponse possible.

- un homme
 Une femme

3. **Votre promotion: ***

Une seule réponse possible.

- 1ere année internat
 2ème année d'internat
 3ème année d'internat
 année post DES (promotion ECN 2016)

4. **Quels sont les stages de médecine générale que vous avez effectués (ou en cours actuellement): plusieurs réponses possibles ***

Plusieurs réponses possibles.

- stage praticien de niveau 1
 stage praticien de niveau 2
 SASPAS

5. **Avez-vous déjà effectué des remplacements en médecine générale ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

L'expérience de l'incertitude

6. Lors de vos stages ambulatoires, (praticiens niveau 1 et 2, SASPAS), à quelle fréquence diriez-vous que vous êtes certain du diagnostic? *

Une seule réponse possible.

- Jamais (< 10%)
 Parfois (10-30%)
 Souvent (30-60%)
 Très souvent (> 60%)

7. A propos de cette notion d'incertitude diagnostique, que diriez-vous : (plusieurs réponses possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- Elle ne vous est pas apparue immédiatement
 Elle n'a pas beaucoup d'importance sur la prise en charge
 Elle s'est révélée à vous dès le début de vos stages
 Elle reste un concept abstrait
 Autre : _____

8. L'incertitude au quotidien: A propos de l'incertitude diagnostique en fin de consultation, vous diriez que *

Plusieurs réponses possibles.

	<u>Jamais</u> (<10%)	<u>Parfois</u> (10-30%)	<u>Souvent</u> (30-60%)	<u>Très souvent</u> (>60%)
Elle est stimulante, et vous pousse à poursuivre votre formation personnelle pour vous perfectionner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elle fait partie du quotidien, il est impossible d'affirmer un diagnostic de certitude pour chaque consultation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elle vous met dans une position délicate face au patient qui attend une réponse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elle est vécue par vous comme un échec / un manque de compétence de votre part	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elle entraîne une remise en question professionnelle/ doute sur votre choix de la médecine générale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elle est source d'angoisse dans votre vie professionnelle (peur de faire une erreur, de passer à côté d'une pathologie potentiellement grave)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elle est source d'angoisse, et a un impact sur votre vie personnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Comparaison Hospitalier/ médecine générale de ville. A quelle fréquence pensez-vous être en situation d'incertitude diagnostique lors de vos stages hospitaliers ? *

Une seule réponse possible.

- Jamais (< 10%)
 Parfois (10-30%)
 Souvent (30-60%)
 Très souvent (> 60%)

10. L'incertitude diagnostique vous semble-t-elle plus facile à gérer lors de vos stages hospitaliers ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

11. Pourquoi?

Gestion de l'incertitude

12. Quelles attitudes adoptez-vous avec votre patient face à une situation d'incertitude diagnostique? *

Plusieurs réponses possibles.

	<u>Jamais</u> (<10%)	<u>Parfois</u> (10-30%)	<u>Souvent</u> (30-60%)	<u>Très souvent</u> (>60%)
J'appelle ou en discute plus tard avec le maître de stage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'approfondie l'examen clinique/ Je ré-examine le patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je complète l'interrogatoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je prescris des examens complémentaires pour m'orienter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'effectue une recherche pendant la consultation si cela relève d'un manque de connaissances théoriques (recommandations/ sites d'aide au diagnostic)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je propose au patient de réévaluer à distance lors d'une prochaine consultation (après avoir éliminé toute urgence)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'adresse le patient à un spécialiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'explique au patient qu'il n'est pas toujours possible de poser un diagnostic précis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'en discute avec des co- internes lors des Groupes d'échange de pratique ou avec des proches qui font partie du milieu médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. autre proposition:

14. Osez-vous évoquer directement avec le patient l'incertitude diagnostique ? *

Oui

Non

15. Pensez-vous que le faire serait un obstacle à la confiance que vous porte le patient ? *

Oui

Non

16. A quelle fréquence utilisez-vous internet pour effectuer des recherches lors de vos consultations ? (en pourcentage de consultation) *

Une seule réponse possible.

Jamais (< 10%)

Parfois (10-30%)

Souvent (30-60%)

Très souvent (> 60%)

17. Quels sont les sites internet/ applications vous permettant de faire face aux situations d'incertitude diagnostique que vous utilisez? *

18. Une formation universitaire concernant ces outils vous semble-t-elle nécessaire ? *

Une seule réponse possible.

Oui

Non

19. L'incertitude diagnostique a-t-elle été évoquée lors de votre cursus universitaire ? *

Une seule réponse possible.

Oui

Non

20. Si oui, en êtes-vous satisfait? *

Une seule réponse possible.

Oui

Non

21. La gestion de l'incertitude diagnostique devrait-elle être plus enseignée à la faculté selon vous? *

Plusieurs réponses possibles.

Oui

Non

22. Si oui, sous quelle forme (cours magistral, groupes d'échange de pratique...)

23. Actuellement, situez votre tolérance face à l'incertitude diagnostique *

Une seule réponse possible.

J'ai des difficultés à tolérer l'incertitude

1 2 3 4

je tolère très bien l'incertitude

24. Pensez-vous que l'expérience influence notre gestion face à l'incertitude diagnostique ?

Plusieurs réponses possibles.

Oui

Non

25. Pourquoi?

Merci pour votre participation !

Connaissances et gestion de l'incertitude diagnostique par les internes en stage ambulatoire. Etude quantitative auprès des internes de médecine générale à Amiens en 2020

Résumé:

INTRODUCTION: L'incertitude diagnostique est omniprésente en médecine générale, mais est souvent sous-estimée. Pour la tolérer, il faut la connaître. Nos objectifs étaient d'évaluer les connaissances et l'expérience des internes concernant l'incertitude diagnostique ainsi que leur niveau de tolérance et les moyens utilisés pour y faire face.

MATERIEL ET METHODES: Etude quantitative descriptive. Un questionnaire a été envoyé aux internes de médecine générale d'Amiens entre janvier-mars 2020.

RESULTATS: Les internes interrogés connaissaient l'incertitude diagnostique, mais ils sous-estimaient sa fréquence, son importance. L'incertitude restait stimulante pour les internes mais elle était aussi source d'anxiété, de sentiment d'échec. La tolérance augmente avec l'expérience. L'enseignement délivré satisfaisait les internes mais ils souhaitaient davantage de formation concernant les outils pouvant être utilisés en situation d'incertitude.

DISCUSSION : L'expérience influence finalement peu le ressenti et les moyens utilisés par les internes pour faire face à une situation d'incertitude diagnostique. La tolérance est un facteur déterminant concernant l'épanouissement professionnel des internes. L'enseignement universitaire et les échanges concernant l'incertitude diagnostique avec les maîtres de stage lors des mises en situation d'autonomie sont à encourager.

CONCLUSION: Les internes sous-estiment l'incertitude diagnostique. La tolérance est meilleure chez les internes expérimentés et pourrait être améliorée en favorisant l'enseignement et les échanges entre médecins novices et médecins expérimentés.

Mots clés: incertitude-tolérance-médecine générale- interne- enseignement

The knowledge and management of diagnostic uncertainty by residents on outpatient basis. Quantitative descriptive study within a future general practitioners population in Amiens in 2020

Abstract

BACKGROUND: Diagnostic uncertainty is ubiquitous in general practice but is often underestimated. To tolerate it, it must be acknowledged. Our aim was to assess interns knowledge and experience regarding diagnostic uncertainty as well as their tolerance level and the tools used to face it.

MATERIAL AND METHODS: Descriptive quantitative study. A survey was sent to general practice interns of Amiens University between January and March 2020.

RESULTS: Interns who received the survey knew diagnostic uncertainty but they underestimated its frequency, its importance. Uncertainty could be felt as stimulating for some interns when it could also be felt as a source of anxiety, a feeling of failure. Tolerance towards diagnostic uncertainty increases with experience. Teaching material delivered to the students was considered as satisfying by the interns, although they wish they could benefit from further training regarding the tools which could be used in case of diagnostic uncertainty.

DEBATE: Experience has in the end little influence on the feeling and the tools used by interns to face diagnostic uncertainty. Tolerance is a determining factor concerning intern professional fulfillment. University teaching and exchanges regarding diagnostic uncertainty with the tutors during autonomy exercises must be encouraged.

CONCLUSION: Interns underestimate diagnostic uncertainty. Tolerance towards diagnostic uncertainty is higher for experimented interns and could be better for all interns by encouraging teaching and information exchanges between freshly appointed doctors and experimented ones.

Key words: uncertainty-tolerance-general practice- intern- teaching