



HAL
open science

**Gérer l'incertitude diagnostique en médecine générale.
Analyse des réponses mises en œuvre par les médecins
généralistes. Proposition d'outils d'aide à la gestion de
l'incertitude diagnostique**

Amandine Clavilier

► **To cite this version:**

Amandine Clavilier. Gérer l'incertitude diagnostique en médecine générale. Analyse des réponses mises en œuvre par les médecins généralistes. Proposition d'outils d'aide à la gestion de l'incertitude diagnostique. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03280540

HAL Id: dumas-03280540

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03280540v1>

Submitted on 7 Jul 2021

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

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



UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE

UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE

Pour le DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Par

CLAVILIER Amandine

Présentée et soutenue publiquement le 6 avril 2021

Gérer l'incertitude diagnostique en médecine générale.

Analyse des réponses mises en œuvre par les médecins généralistes.

Proposition d'outils d'aide à la gestion de l'incertitude diagnostique.

Directeurs de thèse : Madame le Dr Véronique BERTRAND-JARROUSSE
Monsieur Laurent MARTY

Président du jury : Monsieur le Professeur Philippe VORILHON

Membres du jury : Madame le Professeur Catherine SARRET
Monsieur le Professeur Marc RUIVARD

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE

Pour le DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Par

CLAVILIER Amandine

Présentée et soutenue publiquement le 6 avril 2021

Gérer l'incertitude diagnostique en médecine générale.
*Analyse des réponses mises en œuvre par les médecins généralistes.
Proposition d'outils d'aide à la gestion de l'incertitude diagnostique.*

Directeurs de thèse : Madame le Dr Véronique BERTRAND-JARROUSSE
Monsieur Laurent MARTY

Président du jury : Monsieur le Professeur Philippe VORILHON

Membres du jury : Madame le Professeur Catherine SARRET
Monsieur le Professeur Marc RUIVARD



UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE D'AUVERGNE

: JOYON Louis
: DOLY Michel
: TURPIN Dominique
: VEYRE Annie
: DULBECCO Philippe
: ESCHALIER Alain

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE BLAISE PASCAL

: CABANES Pierre
: FONTAINE Jacques
: BOUTIN Christian
: MONTEIL Jean-Marc
: ODOUARD Albert
: LAVIGNOTTE Nadir

PRESIDENT DE L'UNIVERSITE et
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE PLENIER
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE RESTREINT
VICE-PRESIDENTE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
VICE-PRESIDENT DE LA COMMISSION DE LA RECHERCHE
VICE PRESIDENTE DE LA COMMISSION DE LA
FORMATION ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE
DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES

: BERNARD Mathias
: DEQUIEDT Vianney
: FOGLI Anne
: HENRARD Pierre
: PEYRARD Françoise
: PAQUIS François



UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES

: DETEIX Patrice
: CHAZAL Jean

DOYEN
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

: CLAVELOU Pierre
: ROBERT Gaëlle

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BEYTOUT Jean - BOMMELAER Gilles - BOUCHER Daniel - BUSSIERE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques - CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - CITRON Bernard - COUDERT Jean - DASTUGUE Bernard - DAUPLAT Jacques - DECHELOTTE Pierre - DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - DETEIX Patrice - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - MM. GENTOU Claude - Mme GLANDDIER Phyllis - MM. IRTIUM Bernard - JACQUETIN Bernard - Mme LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LESOURD Bruno - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MARCHEIX Jean-Claude - MICHEL Jean-Luc - MONDIE Jean-Michel - PHILIPPE Pierre - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - REY Michel - Mme RIGAL Danièle - MM. ROZAN Raymond - SCHOEFLER Pierre - SIROT Jacques - RIBAL Jean-Pierre - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François - Mlle VEYRE Annie

PROFESSEURS EMERITES :

MM. AUMAITRE Olivier - BOITEUX Jean-Paul - CHAMOIX Alain - DUBRAY Claude - ESCHALIER Alain - KEMENY Jean-Louis - LABBE André - Mme LAFEUILLE Hélène - MM. LEMERY Didier - LUSSON Jean-René

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PROFESSEURS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M. AVAN Paul	Biophysique et Traitement de l'Image
M. DURIF Franck	Neurologie
M. BOIRE Jean-Yves	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M. POULY Jean-Luc	Gynécologie et Obstétrique
M. CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme PENAULT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. BAZIN Jean-Etienne	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M. BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique
M. BOIRIE Yves	Nutrition Humaine
M. CLAVELOU Pierre	Neurologie
M. GILAIN Laurent	O.R.L.
M. LEMAIRE Jean-Jacques	Neurochirurgie
M. CAMILLERI Lionel	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M. DAPOIGNY Michel	Gastro-Entérologie

M.	LLORCA Pierre-Michel	Psychiatrie d'Adultes
M.	PEZET Denis	Chirurgie Digestive
M.	SOUWEINE Bertrand	Réanimation Médicale
M.	BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme	DUCLOS Martine	Physiologie
M.	SCHMIDT Jeannot	Médecine d'Urgence
M.	BERGER Marc	Hématologie
M.	GARCIER Jean-Marc	Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
M.	ROSSET Eugénio	Chirurgie Vasculaire
M.	SOUBRIER Martin	Rhumatologie
M.	ABERGEL Armando	Hépatologie
Mlle	BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M.	RUTVARD Marc	Médecine Interne

PROFESSEURS DE
1ère CLASSE

M.	CAILLAUD Denis	Pneumo-phtisiologie
M.	VERRELLE Pierre	Radiothérapie option Clinique
M.	D'INCAN Michel	Dermatologie -Vénérologie
Mme	JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
M.	GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
M.	TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M.	MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	RICHARD Ruddy	Physiologie
M.	SAPIN-DEFOUR Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.	BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
M.	COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
Mme	GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	LAURICHESSE Henri	Maladies Infectieuses et Tropicales
M.	TOURNILHAC Olivier	Hématologie
M.	CHIAMBARETTA Frédéric	Ophthalmologie
M.	FILAIRE Marc	Anatomie – Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	GALLOT Denis	Gynécologie-Obstétrique
M.	GUY Laurent	Urologie
M.	TRAORE Ousmane	Hygiène Hospitalière
M.	ANDRE Marc	Médecine Interne
M.	BONNET Richard	Bactériologie, Virologie
M.	CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	COSTES Frédéric	Physiologie
M.	FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation
Mme	HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie
M.	MOTREFF Pascal	Cardiologie
Mme	PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique
M.	RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique
M.	CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M.	DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme	HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
M.	POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale

**PROFESSEURS DE
2ème CLASSE**

Mme CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
Mme KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M. TCHIRKOV Andréï	Cytologie et Histologie
M. CORNELIS François	Génétique
M. LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M. BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
M. BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M. LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
Mme BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M. ESCHALIER Romain	Cardiologie
M. MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme TOURNADRE Anne	Rhumatologie
M. DURANDO Xavier	Cancérologie
M. DUTHEIL Frédéric	Médecine et Santé au Travail
Mme FANTINI Maria Livia	Neurologie
M. SAKKA Laurent	Anatomie – Neurochirurgie
M. BOURDEL Nicolas	Gynécologie-Obstétrique
M. GUEZE Romain	Hématologie
M. POINCLOUX Laurent	Gastroentérologie
M. SOUTEYRAND Géraud	Cardiologie
M. EVRARD Bertrand	Immunologie
M. POIRIER Philippe	Parasitologie et Mycologie
Mme PHAM DANG Nathalie	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
Mme SARRET Catherine	Pédiatrie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. CLEMENT Gilles	Médecine Générale
Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne	Nutrition Humaine
M. VORILHON Philippe	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme BOTTET-MAULOUBIER Anne	Médecine Générale
M. CAMBON Benoît	Médecine Générale
M. TANGUY Gilles	Médecine Générale

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES -
PRATICIENS HOSPITALIERS**

**MAITRES DE CONFERENCES
HORS CLASSE**

Mme CHAMBON Martine
Mme BOUTELOUP Corinne

Bactériologie Virologie
Nutrition

**MAITRES DE CONFERENCES DE
1ère CLASSE**

M. MORVAN Daniel
Mlle GOUMY Carole
Mme FOGLI Anne
Mlle GOUAS Laetitia
M. MARCEAU Geoffroy
Mme MINET-QUINARD Régine
M. ROBIN Frédéric
Mlle VERONESE Lauren
M. DELMAS Julien
Mlle MIRAND Audrey
M. OUCHCHANE Lemlih

Biophysique et Traitement de l'Image
Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Biochimie Biologie Moléculaire
Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Biochimie Biologie Moléculaire
Biochimie Biologie Moléculaire
Bactériologie
Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Bactériologie
Bactériologie Virologie
Biostatistiques, Informatique Médicale
et Technologies de Communication

M. LIBERT Frédéric
Mlle COSTE Karen
Mlle AUMERAN Claire
Mme CASSAGNES Lucie
M. LEBRETON Aurélien
M. BUISSON Anthony

Pharmacologie Médicale
Pédiatrie
Hygiène Hospitalière
Radiologie et Imagerie Médicale
Hématologie
Gastroentérologie

**MAITRES DE CONFERENCES DE
2ème CLASSE**

Mme PONS Hanaë

Biologie et Médecine du Développement
et de la Reproduction

M. JABAUDON-GANDET Matthieu
M. BOUVIER Damien
M. COLL Guillaume
M. MAQDASY Salwan

Anesthésiologie – Réanimation Chirurgicale
Biochimie et Biologie Moléculaire
Neurochirurgie
Endocrinologie, Diabète et Maladies
Métaboliques

Mme NOURRISSON Céline
M. GODET Thomas

Parasitologie - Mycologie
Anesthésiologie-Réanimation et
Médecine Péri-Opératoire

M. LACHAL Jonathan
M. MOUSTAFA Farès

Pédopsychiatrie
Médecine d'Urgence

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme VAURS-BARRIERE Catherine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. BAILLY Jean-Luc	Bactériologie Virologie
Mlle AUBEL Corinne	Oncologie Moléculaire
M. BLANCHON Loïc	Biochimie Biologie Moléculaire
Mlle GUILLET Christelle	Nutrition Humaine
M. BIDET Yannick	Oncogénétique
M. MARCHAND Fabien	Pharmacologie Médicale
M. DALMASSO Guillaume	Bactériologie
M. SOLER Cédric	Biochimie Biologie Moléculaire
M. GIRAUDET Fabrice	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme VAILLANT-ROUSSEL Hélène	Médecine Générale
Mme LAPORTE Catherine	Médecine Générale
M. LOLIGNIER Stéphane	Neurosciences – Neuropharmacologie
Mme MARTEIL Gaëlle	Biologie de la Reproduction
M. PINEL Alexandre	Nutrition Humaine
M. PIZON Frank	Santé Publique

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

M. BERNARD Pierre	Médecine Générale
Mme ESCHALIER Bénédicte	Médecine Générale
Mme RICHARD Amélie	Médecine Générale
M. TESSIERES Frédéric	Médecine Générale
Mme ROUGE Laure	Médecine Générale

REMERCIEMENTS

Au président du jury, **Monsieur le Professeur Philippe Vorilhon**. Vous me faites l'honneur de présider cette thèse, soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

À **Madame la Professeur Catherine Sarret**. Vous avez accepté de juger ce travail, je vous remercie de votre intérêt pour celui-ci.

À **Monsieur le Professeur Marc Ruivard**. Vous avez accepté de juger ce travail, soyez assuré de mes sincères remerciements.

Au **Docteur Véronique Bertrand-Jarrousse** et à **Monsieur Laurent Marty**. Vous avez accepté de diriger cette thèse. Merci pour votre disponibilité et votre soutien, vous avez rendu ce travail plaisant et enrichissant.

Merci aux **médecins interrogés**, qui ont accepté d'analyser leur pratique et qui ont su partager leur expérience en m'accordant leur confiance. Merci de l'intérêt porté à mon sujet, sans lequel rien n'aurait été possible.

Merci au **Docteur Marie-Claire Bui**, qui a réalisé des illustrations sur le sujet et partagé ses réflexions.

Merci à **mes parents** qui ont, depuis longtemps, eu confiance en moi et qui ont grandement contribué à la personne que je suis. Vous avez su m'apporter le soutien nécessaire lors de ces études.

Merci à **mes frères. Benoît**, toi qui me soutiens à ta manière et **mon petit Coco**, que j'ai vu grandir et devenir cette belle personne. Tu es devenu mon confident, merci d'avoir été là dans les bons et les mauvais moments.

Merci à mes fidèles amies, **Lucie, Anaïs et Mathilde**, le quatuor des Clermontoises. Vous êtes là depuis le début, je garde de merveilleux souvenirs de toutes ces soirées ensemble, vous êtes maintenant indispensables à mon équilibre, vivement qu'on puisse repartir en vadrouille.

Merci à **mes amis**, compagnons des années d'externat, qui se sont éloignés mais qui resteront toujours chers à mon cœur. Un merci particulier pour **Alice**, tu as été ma plus grande alliée dans ces études, tu resteras toujours une amie.

Merci aux **co-internes**, qui ont apporté de la bonne humeur dans les stages et dans les GEASP.

Merci à **mes cousins** Audrey, Mathieu, Malorie, Romain, Karine, avec qui j'ai grandi et passé tant d'été merveilleux. Un merci particulier à **Camille**, toi qui sait me remonter le moral et qui m'inspire par ta force et ta détermination.

Enfin, merci à **Christophe**. Tu m'as accompagné pendant ces années d'études, tu as su m'encourager et me reconforter dans les moments durs. Tu as toujours été là, tu sais combien tu comptes pour moi.

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION.....	15
2. CONTEXTE.....	18
3. MATERIEL ET METHODES.....	23
3.1. Type d'étude.....	23
3.2. Population.....	23
3.3. Guide d'entretien.....	24
3.4. Recueil des données.....	24
3.5. Analyse	25
3.6. Ethique.....	25
4. RESULTATS.....	26
4.1. Typologie des situations d'incertitude.....	26
4.1.1. Incertitude à court terme : qui est levée en quelques jours.....	26
4.1.2. Incertitude sur le long terme : qui dure plusieurs semaines	29
4.2. Les problèmes et difficultés engendrés par l'incertitude.....	31
4.2.1. Faire plus d'examens complémentaires que voulu.....	31
4.2.2. Prendre un risque.....	32
4.2.3. Stress.....	34
4.2.4. Peur de faire une erreur diagnostique.....	36
4.2.5. Altérer la relation de confiance.....	37
4.2.6. Patients demandeurs d'un diagnostic : importance d'un mot sur leurs maux.....	39
4.2.7. Accepter ses limites, sa fragilité.....	41

4.2.8. Manque d'expérience /manque de confiance vs expérience/mise à l'épreuve.....	43
4.2.9. Gestion du temps.....	46
4.2.10. Charge mentale	47
4.3. Gestion de l'incertitude diagnostique.....	48
4.3.1. Gestion de la démarche diagnostique.....	48
a. Anamnèse et examen clinique.....	48
b. Eliminer les urgences.....	49
c. Demande d'examens complémentaires.....	51
d. Demande d'un avis ou d'une consultation avec un spécialiste.....	53
e. Demande d'un avis à un confrère.....	55
f. Programmer un suivi.....	58
g. Faire un traitement d'essai.....	60
h. Faire des recherches personnelles.....	63
i. Noter suffisamment dans le dossier.....	65
j. Faire avec ses propres moyens.....	67
4.3.2. Gestion de la communication.....	70
a. Expliquer.....	70
b. Rassurer.....	80
c. Honnêteté/ transparence.....	86
d. S'adapter au patient.....	89
e. Le mensonge.....	90

f.	Décision partagée.....	93
g.	Développer la confiance (en soi et envers les autres).....	95
4.3.3.	Gestion de ses émotions.....	97
a.	Gestion consciente.....	98
b.	Gestion inconsciente.....	102
c.	Le déni.....	108
d.	Différence générationnelle ?	109
4.4.	Les bienfaits de l'incertitude diagnostique.....	112
4.4.1.	Situations stimulantes.....	112
4.4.2.	Moins de risque d'erreur diagnostique.....	113
5.	DISCUSSION.....	114
5.1.	Forces et limites de la recherche.....	114
5.2.	Intérêt de la recherche qualitative.....	115
5.2.1.	Comment se sont passés les entretiens : mon point de vue.....	116
5.2.2.	La subjectivité dans la définition de l'EBM.....	118
5.2.3.	Complément du savoir médical.....	119
5.3.	L'incertitude peut aussi être un frein.....	120
5.3.1.	Frein à l'amélioration clinique.....	121
5.3.2.	Frein à la recherche.....	123
5.4.	Mon analyse en trois axes.....	124

5.4.1. Recherche délimités par ces trois axes.....	124
5.4.2. Les émotions au grand jour.....	124
5.5. Intelligence collective.....	127
5.5.1. Communiquer avec des confrères.....	129
5.5.2. Communiquer avec le patient.....	131
5.6. Ouverture.....	133
5.6.1. Une innovation pédagogique : la médecine narrative.....	133
5.6.2. Les logiciels d'aide au diagnostic.....	135
5.6.3. L'art de la médecine.....	137
6. SYNTHESE PRATIQUE.....	139
7. CONCLUSION.....	145
8. BIBLIOGRAPHIE.....	147
9. ANNEXES.....	150
10. SERMENT D'HIPPOCRATE.....	170

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE DES CARACTERISTIQUES GENERALES DES MEDECINS

ANNEXE 2 : GRILLE D'ENTRETIEN INITIALE

ANNEXE 3 : GRILLE D'ENTRETIEN REVISEE

ANNEXE 4 : EXEMPLE DE LA PHENOCOPIE

ANNEXE 5 : ENTRETIEN NUMERO 6 EN INTEGRALITE

LISTE DES ABREVIATIONS

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPP : Comité de Protection des Personnes

CRP : Protéine C Réactive

DRC : Dictionnaire de Résultats de Consultations

EBM : Evidence Based-Medicine

FMC : Formation Médicale Continue

GEASP : Groupe d'Entraînement et d'Analyse des situations

MSU : Maître de Stage Universitaire

ORL : Oto-Rhino-Laryngologue

P1 : Première année des études médicales

PEC : Prise en charge

ROSP : Rémunération sur Objectif de Santé Publique

RSCA : Récits de Situations Complexes Authentiques

TTT : Traitement

1. INTRODUCTION

Apprendre la médecine, c'est long et complexe. Au départ, nous idéalisons la profession et espérons que les années d'études nous apporteront le savoir ultime pour prendre en main sereinement la santé de la population. Assez rapidement, nous sommes confrontés à une réalité différente. Tout d'abord, les connaissances, bien que de plus en plus évoluées, restent limitées et tous les symptômes ou pathologies n'ont pas encore de cause trouvée. De plus, la quantité de connaissances se trouve immense et bien que notre soif d'apprendre soit décuplée par l'examen national, nous savons pertinemment ne pas être capables de tout savoir.

Le médecin généraliste se trouve sûrement le praticien le plus confronté à cette omniscience de connaissances requises et inatteignables. Devant des symptômes multiples, nombreuses sont les situations où il est impossible de tous les rassembler dans une case bien limitée correspondant à un diagnostic précis. Il en résulte donc une incertitude diagnostique fréquente, qui amène une incertitude pronostique et thérapeutique (1).

Cette notion d'incertitude diagnostique a été très bien étudiée par la sociologue américaine Renée Fox dès 1957 (2). Elle définit trois types d'incertitude : la première résulte du fait qu'un médecin ne peut maîtriser que de manière imparfaite et incomplète l'ensemble des connaissances et des techniques médicales disponibles ; la seconde résulte plutôt des limites mêmes de l'état des connaissances en médecine ; ces deux formes d'incertitude se rejoignent pour en créer une troisième : un médecin peut ne pas savoir si son incertitude dans une situation particulière relève plutôt des limites des connaissances de la médecine ou de ses propres limites en tant que médecin.

On ne peut donc pas échapper à cette incertitude qui plane au dessus de la pratique quotidienne de la médecine générale. Elle est souvent mal tolérée par le médecin, mais aussi par le patient qui tend à ressentir de l'angoisse et du stress face à cette situation, entraînant souvent une perte de confiance envers son médecin. (3)

Géraldine Bloy, sociologue, a longuement étudié le sujet (4) et a conclu à quatre positionnements à adopter face à l'incertitude : incertitude balisée, incertitude prégnante, incertitude contenue, incertitude explorée, sans que l'une des manières de réagir soit reconnue comme optimale.

La tolérance face à l'incertitude a été étudiée par Lorenzo Mathieu (5) et dépend pour beaucoup de la personnalité et de l'expérience de chaque praticien, mais aussi du contexte et de facteurs liés au patient.

Selon une étude quantitative sur la gestion de l'incertitude diagnostique (6), l'expérience est retrouvée comme facteur limitant l'incertitude de manière significative ; les situations d'incertitude engendrent à la fois du stress mais sont aussi une source de stimulation. Peu d'études qualitatives ont été réalisées sur le sujet ; l'incertitude diagnostique a été étudiée dans le contexte des consultations de dermatologie par Élisabeth Majewski en 2018 (7), mais pas de manière plus globale.

L'Evidence Based Medicine nécessite la recherche des meilleures preuves disponibles, la compréhension du niveau de preuve et la capacité d'apprécier celui-ci. La prise de décision prend aussi en compte des critères propres au médecin tels que son expérience ou son intuition (retransmise sous le terme de « gut feeling » par les anglo-saxons (8)) et propres au patient, à son histoire de vie et à ses préférences.

Pour beaucoup de situations, il n'existe pas de données accessibles et fiables, la pratique clinique suppose alors d'accepter un certain degré d'incertitude dans le processus de

décision médicale. La recherche qualitative permet d'étudier cette problématique inhérente à la médecine générale et non mesurable de manière quantitative, en explorant et en analysant les perceptions, les représentations, les expériences. Loin de s'opposer aux données biomédicales essentielles à la pratique de la médecine, la recherche qualitative permet de la compléter pour aboutir à une meilleure prise en charge du patient.

Faire de la recherche qualitative est une façon de regarder la réalité sociale. Plutôt que de chercher les bonnes réponses, elle se préoccupe également de formuler les bonnes questions et permet par la suite d'évoluer sur de nouvelles hypothèses. Par ailleurs, la recherche qualitative peut être préliminaire à une recherche quantitative : pour explorer de nouveaux domaines, de nouveaux concepts, de nouveaux comportements avant de commencer à les mesurer (9).

Nous ne pouvons pas faire disparaître cette incertitude mais il semble judicieux de chercher des méthodes pour pouvoir mieux la tolérer. L'incertitude diagnostique devient plus visible lors du 3^{ème} cycle des études médicales, où les internes sont amenés à prendre des décisions sur la prise en charge du patient. Bien que les difficultés ressenties puissent être partagées, notamment en médecine générale à l'aide des GEASP et des RSCA, les étudiants se trouvent vite désemparés dans la pratique clinique (10), puisqu'aucune notion théorique n'est enseignée sur la gestion des situations d'incertitude diagnostique. Il est normal de ressentir une appréhension pour ces situations. Plutôt que d'être paralysé par ses émotions, il faudrait les accepter, les travailler pour arriver à en faire une force. Afin qu'elles ne deviennent pas nocives, il semble important de trouver des pistes pour appréhender au mieux ces situations d'incertitude diagnostique et espérer un exercice de la médecine plus serein.

2. CONTEXTE

L'incertitude diagnostique est devenue prégnante lors de mon premier stage d'internat en cabinet de médecine générale. Avant cela, lors de mes stages en milieu hospitalier et bien qu'elle soit présente dans beaucoup de situations, elle ne se ressentait pas comme une gêne qui entrave une consultation mais comme un défi qu'une batterie d'examens pouvait résoudre. Le patient, passif et résolu, se laisse emporter par la vague d'examens qu'il subit pour lever cette incertitude, qu'il le demande ou non. Il rencontre différents membres de l'équipe médicale et espère que la réponse finale, le diagnostic, le traitement, la guérison seront au bout de cette prise en charge effrénée.

La position du patient est différente en cabinet de ville. Il vient, déterminé, se présente face à une seule et même personne, avec des maux variés, espérant trouver une réponse ou tout au moins un soulagement en quelques minutes de son temps. Ces situations d'incertitude diagnostique lors d'une consultation sont le cœur de la médecine générale, elles sont le quotidien de chaque médecin et c'est en observant la pratique de mes maîtres de stage que j'ai découvert qu'elles étaient présentes quasi-constamment et que chacun avait sa manière de les gérer.

Alors que je me trouvais moi-même dans ces situations très inconfortables au début de ma pratique seule en autonomie, j'ai tout d'abord pensé que je manquais de connaissances et d'expériences pour pouvoir exercer sans douter. J'ai bien vite réalisé que chaque médecin, quel que soit son savoir et son vécu, est confronté à cette incertitude quotidiennement et qu'il doit à la fois la faire accepter à son patient tout en gardant sa confiance et essayer de la résoudre de la manière la plus appropriée.

Voici deux récits de situations qui ont inspiré mes questionnements sur la gestion de l'incertitude diagnostique en médecine générale :

❖ Situation 1

« Je voyais seule en consultation un jeune garçon de six ans, accompagné de sa mère qui attendait une réponse à la question : « Mais qu'est ce qu'il a au niveau de la langue, docteur ? » Cela faisait une semaine que le garçon avait la langue oedématiée, fissurée, de coloration rouge vif. « Et une semaine, ça commence à faire long, ça le gêne ».

J'examine en détails, je cherche des facteurs traumatisants éventuels et je reste bredouille. Je n'ai aucune idée de ce qu'il a, je n'ai jamais vu ça. Ma position d'interne me permet heureusement de dire « je ne sais pas vraiment ce que c'est, je vais aller demander au Dr G de venir voir. »

Et le docteur G arrive, regarde très brièvement cette grosse langue et déclare « Oh ça c'est une mycose », non sans une légère fierté. « Je vais lui donner un médicament et ça devrait passer au bout d'une grosse semaine, ce n'est rien de grave ne vous inquiétez pas ».

Tiens, bizarre, je ne me figurais pas la mycose linguale de cette façon, pour moi, ça n'y ressemble pas du tout, j'ai encore beaucoup à apprendre...

La mère est satisfaite. Elle a un diagnostic, une réponse assurée, rassurante. Cette grosse langue qu'elle voyait auparavant comme un mystère inquiétant, une possible maladie grave qui touchait son petit garçon est maintenant devenue une grosse langue paisible, levée de tout soupçon, un soucis de moins. Une semaine et ce sera parti, « Merci beaucoup docteur G »

Interrogée, je demande dès la fin de la consultation : « C'est vrai que je ne pensais pas du tout à une mycose, pour moi cela ne se présentait pas comme ça ».

« Non je ne pense pas que ce soit une vraie mycose, mais j'ai donné le diagnostic le plus fréquent, le plus probable. Tu sais, on ne peut pas tout savoir en médecine mais il faut savoir rassurer le patient. Et dans la plupart des cas, le temps est notre meilleur allié, il faut savoir jouer avec lui. Le corps est bien fait, il se guérit tout seul, dans une semaine, ce sera sûrement parti. »

J'étais surprise, j'y ai longuement pensé par la suite. J'ai trouvé tellement d'assurance dans la façon qu'il avait eu d'annoncer le diagnostic tout en sachant que ce n'était sûrement pas le bon.

Alors, on peut vraiment mentir au patient aussi facilement ? Je ne pensais pas. Beaucoup de médecins se sortent-ils des impasses du tout-savoir de cette façon ?

❖ Situation 2

Le docteur M, avec qui j'étais également en stage, avait une manière bien différente d'aborder ces situations.

« Nous voyions une jeune fille de 14 ans, qui venait pour sa vaccination Gardasil. Quoi de plus simple que ces consultations, pas de challenge intellectuel en vue, nous pouvions prendre le temps de discuter du collègue et du ramassage scolaire de la commune. Quand soudain, sans crier gare, la mère de la jeune fille nous interpelle : « Ah oui et aussi je voulais vous montrer la tache qu'elle a sur le ventre depuis une quinzaine de jours » Oh, le voilà notre défi : la dermatologie. Une étendue de lésions et d'éruptions variées qui nous donne froid dans le dos tant elles sont parfois difficiles à caractériser.

Nous examinons donc attentivement l'adolescente, elle n'a pas d'autre éruption cutanée sur le reste du corps, elle n'a pas d'antécédent atopique. Sur le ventre, c'est une éruption

maculeuse arrondie, légèrement desquamative en périphérie. « Qu'est ce que tu en penses » me dit le docteur M. Intérieurement, je me demande s'il me pose la question pour tester mes connaissances ou pour appuyer une de ses intuitions. « C'est bien rond, ça pourrait faire dermatophytie », je lui réponds en hésitant.

« Oui ça y ressemble bien ». Et il se tourne vers la mère (car c'est elle qui veut savoir avant tout), commence à lui expliquer ses hypothèses : « l'éruption n'est pas forcément très typique, à cet endroit là, on ne pense pas en premier lieu à de l'eczéma et elle n'en avait jamais fait auparavant, c'est sûrement un champignon. Nous allons essayer une crème, si il n'y a pas d'effet c'est que c'est autre chose, il faut voir comment ça évolue. Si ça ne passe pas au bout de 10 jours vous pouvez me la remontrer, on essaiera autre chose »

Le docteur M aime expliquer son raisonnement, je l'ai vu à plusieurs reprises exposer tous les diagnostics possibles en les éliminant un à un par un de manière cartésienne. Peut-être prend-il plus le temps et/ou la peine lorsque je suis en consultation avec lui, cependant, je vois que les patients apprécient beaucoup la démarche.

Dans cette situation, il explique qu'il a une hypothèse diagnostique et non une certitude. La mère de la patiente semble très satisfaite de cette prise en charge et comprend le raisonnement. De plus, il anticipe déjà que cela ne soit pas le bon diagnostic et rassure la mère en lui donnant une conduite à tenir si le traitement ne fonctionne pas.

J'ai bien aimé cette approche, le docteur M était loin d'être sûr du diagnostic, pourtant il a été honnête avec le patient en lui expliquant ses doutes. Il n' a pas eu besoin d'annoncer un diagnostic avec assurance pour rassurer la mère de la jeune fille, ses explications concernant le doute qui existait ont permis de donner un sentiment de confiance. Ce doute n'était pas source d'angoisse mais plutôt une étape dans le parcours du diagnostic final. Quelle que soit

l'évolution, il montre qu'il sera disponible à poursuivre la prise en charge. La mère est rassurée, la jeune fille est vaccinée. »

Malgré une prise en charge bien différente, dans les deux situations, la mère de l'enfant repart satisfaite et rassurée. Y a-t-il vraiment une meilleure manière de faire ? Le patient a-t-il besoin de tout comprendre ? Le sujet de mon travail de recherche est ainsi venu naturellement avec pour objectif de découvrir différentes manières de gestion de l'incertitude diagnostique.

La pertinence de ce questionnement s'est trouvée confortée quand l'actualité s'est invitée au débat par l'entremise du COVID 19 nous confrontant à la gestion d'une incertitude à l'échelle mondiale.

L'incertitude de manière générale est présente dans beaucoup de situations de la vie courante et chacun s'en accommode selon l'ampleur des retombées potentielles qui en découlent. Dans ce contexte sanitaire elle a été vécue et appréhendée par toute la société avec une angoisse quotidienne et la peur pour l'avenir qu'elle a engendrée. Chacun a dû réagir à son échelle et adapter son mode de fonctionnement, ses relations etc. Cette crise mondiale a tout au moins mis en évidence une chose capitale : l'importance d'anticiper la gestion des situations d'incertitude.

C'est aussi pourquoi ce sujet prend tout son sens, alors que chaque médecin généraliste vit quotidiennement des situations d'incertitude diagnostique, il est judicieux de rechercher des méthodes de gestion afin d'aider chacun à se sentir plus serein en ce terrain hostile de doute diagnostique.

3. MATERIEL ET METHODES

3.1 Type d'étude

Ce travail de thèse explore la pratique médicale sur le terrain en abordant les aspects médicaux, psychologiques, individuels prenant part à la gestion de l'incertitude diagnostique. Les données recueillies sont multiples, variées et ne sont pas mesurables. Seule une étude qualitative permet donc d'effectuer les recherches.

3.2 Population

J'ai interrogé huit médecins généralistes, les deux premiers étaient des connaissances, rencontrés lors de mes stages effectués pendant l'internat, les suivants ont été choisis par recherche personnelle sur Internet afin d'obtenir un échantillon varié sur des critères tels que le sexe, l'âge, la durée d'exercice, la zone d'exercice, (rural ; semi-rural ; urbain), le type d'exercice (seul, en maison de santé), la qualité de MSU ou non. Tous exerçaient en Auvergne. Ces données ont été recueillies lors d'un court questionnaire réalisé en fin d'entretien (annexe 1).

Le seul critère d'inclusion était d'être docteur en médecine générale.

Voici les caractéristiques des médecins et la durée des entretiens.

Médecin	Sexe	Age	Durée d'activité	Zone d'exercice	Type d'exercice	MSU	Formation continue	Durée de l'entretien
1	H	46	15	Semi-rural	En groupe	oui	oui	17,50 min
2	H	45	11	Semi-rural	En groupe	oui	oui	29,38 min
3	F	86	57	Urbain	Seul	non	oui	10,50 min

4	F	40	13	Semi-rural	En groupe	non	oui	15,18 min
5	F	60	35	Semi-rural	En groupe	non	non	18,42 min
6	F	30	1	Rural	En groupe	non	Oui	33,34 min
7	F	61	32	Urbain	En groupe	oui	non	23,24 min
8	H	66	37	Rural	Seul	non	non	18,06 min

3.3 Guide d'entretien

Une première grille a été testée lors des deux premiers entretiens (annexe 2). Elle commençait par inviter le médecin à raconter une expérience vécue d'incertitude diagnostique dans le but d'initier une conversation.

Après avoir obtenu les premiers résultats suite à ces entretiens, cette grille a été révisée (annexe 3) pour affiner certaines questions. Une question de synthèse a été posée à partir du 5^{ème} entretien afin de recueillir l'avis du médecin sur les grandes lignes de méthode de gestion de l'incertitude que j'avais retrouvées en analysant les premiers entretiens.

3.4 Recueil des données

Le sujet de l'entretien était présenté lors de la prise de rendez-vous, tous les médecins ont été interrogés sur leur lieu d'exercice. Une première phrase d'explication du sujet et de ce qui avait motivé mes questionnements tenait lieu d'introduction puis je demandais l'autorisation pour enregistrer l'entretien en précisant que l'anonymat serait conservé et débutais la conversation.

Certains thèmes étaient abordés spontanément, pour les autres je posais des questions, le plus souvent ouvertes. Il s'agissait d'entretiens semi-dirigés, les différentes questions n'étaient pas systématiquement posées dans le même ordre selon les entretiens, elles venaient s'insérer dans le dialogue au moment opportun. Un exemple d'entretien est repris en annexe 5. A la fin de l'entretien, je recueillais les caractéristiques générales des médecins à l'aide d'un court questionnaire. La durée des entretiens était de 11 à 33 minutes avec une moyenne de 21 minutes. Juste après l'entretien, je notais brièvement mon impression générale. La retranscription intégrale manuelle de l'entretien était faite dans les jours qui suivaient.

3.5 Analyse

Après avoir retranscrit un entretien, je notais les thèmes abordés durant celui-ci. Beaucoup d'informations ayant été recueillies après huit entretiens, nous avons décidé d'arrêter le recueil des données, ayant obtenu plusieurs points de vue différents et atteint une saturation des données. Les verbatims ont ensuite été regroupés dans différents thèmes et dans les trois axes de gestion que j'avais préalablement dégagés. Cette codification a été analysée par deux autres intervenants afin d'en valider la pertinence. En relisant les entretiens et la classification des verbatims en sous-catégories de thèmes, nous avons pu élaborer un plan qui explore les différents aspects de gestion de l'incertitude diagnostique.

3.6 Ethique

Un avis auprès de la CPP et de la CNIL a été pris et n'a pas retenu d'indication à effectuer de déclaration pour notre recherche.

4. RESULTATS

4.1 Typologie des situations d'incertitude

Nous avons mis en évidence assez rapidement deux catégories de situations d'incertitude diagnostique selon la durée pendant laquelle cette incertitude persiste : de quelques jours à plusieurs mois. Les situations d'urgence réelle étaient exclues au préalable lors des entretiens, la réflexion et la prise en charge étant différentes.

4.1.1 Incertitude à court terme : qui est levée en quelques jours.

a. Situation fréquente

La plupart des situations d'incertitude sont rencontrées régulièrement dans la pratique médicale, la prise en charge est donc répétée à l'identique et la gestion de l'incertitude s'en trouve plus sereine : « *les choses qui reviennent, tu as toujours un peu la même façon de procéder, même si c'est de l'incertitude à chaque fois* »(E6).

Les lésions dermatologiques représentent une cause fréquente d'incertitude diagnostique : « *Les principales, celles qui me viennent tout de suite c'est sur le plan dermato... l'exemple de la bonne vieille lésion qui ressemble soit à un eczéma soit à une mycose* »(E2) ; ainsi que les douleurs abdominales : « *je pense que le plus embêtant, ce qui ne relève pas de l'urgence mais qui pose vraiment problème au quotidien en médecine générale, c'est tout ce qui est douleur abdominale* »(E6).

b. Situation inhabituelle

Certaines situations sont des présentations cliniques inhabituelles et nous rappellent la complexité de la médecine de premier recours, l'incertitude est alors bien présente lorsque nous rencontrons une présentation clinique inédite : « *je l'ai vu dans la matinée, il*

n'y avait rien d'urgent dans le tableau, elle décrivait un trouble neurologique assez inhabituel et surtout brutal, chez une patiente qui n'avait pas d'antécédents bien en rapport...un tableau un peu curieux. »(E4)

Ces situations peuvent être enrichissantes pour le praticien, elles rompent avec la routine et stimulent la réflexion : *« quelque part il y a quand même un intérêt parce qu'en médecine générale, les cas justement où on ne sait pas, ce n'est pas souvent et c'est intéressant, c'est stimulant. »(E4)*

c. Avec un risque vital possible

Il arrive qu'une incertitude diagnostique doive vite être levée sans pour autant qu'elle nécessite un passage aux urgences. Dans les cas de suspicion de phlébite par exemple, il est du devoir du médecin généraliste de prendre un rendez-vous dans les 24-48 heures avec un angiologue afin de confirmer ou d'infirmer le diagnostic, en assurant une anticoagulation curative en attendant.

d. Avec un certain degré d'urgence

Il existe des incertitudes que l'on veut lever rapidement, comme celles concernant l'origine d'un syndrome inflammatoire : *«C'était une jeune femme, trentaine d'années je crois, c'était la première fois que la voyais, elle était en post-partum, elle avait eu une césarienne pour risque infectieux, trois semaines avant. Elle présentait une fièvre qui évoluait depuis 4 jours et elle avait des éruptions qui ressemblaient un peu à une sorte d'urticaire.»(E1)*

Ces situations peuvent être source d'inquiétude pour le médecin : *« je n'étais pas tranquille... j'avoue que j'y repensais chez moi, ce n'est pas souvent que je repense à des*

trucs chez moi»(E1) et faire envisager une hospitalisation bien qu'elles ne relèvent pas d'une prise en charge en urgence : « J'ai hésité à l'hospitaliser mais dans la mesure où elle était bien. »(E1)

Dans ce type de situation qui flirte avec la limite de la prise en charge en urgence, la décision de ne pas hospitaliser un patient peut être dure à prendre : « *« Mme Machin qui vient qui est en larmes, est-ce que cette dame va attendre à ses jours en sortant de la consultation ou pas ? Il faut que moi, le médecin, puisse trancher et dire : « non », donc je la laisse rentrer avec un anxiolytique ou à l'inverse il faut que je l'hospitalise immédiatement. »* »(E2)

Ces situations peuvent devenir un poids que le praticien doit apprendre à gérer : « *Le ventre de madame, ou du gamin : « non ce n'est pas une appendicite qui va se transformer en péritonite, c'est juste une colopathie et donc je décide que... Tout ça, je crois que le grand mot actuel c'est « la charge mentale », et bien ça je crois que notre métier il est bien carabiné là dedans. »* »(E2)

e. Sans urgence

Les symptômes peuvent être considérés comme bénins dès la première consultation et sans examen complémentaire, le médecin peut écarter une urgence facilement : « *pour les petits bobos du quotidien... une fois que je sais qu'il n'y a pas de prise en charge particulière à faire, qu'on ne va pas commencer à rentrer dans une escalade de thérapies et que c'est des petits tracas, je leur dis « voila, c'est pas grand-chose, je ne sais pas exactement ce qu'il en est mais surveillez, pour moi ce n'est pas grand-chose. »* »(E6)

Le patient peut tout de même être demandeur d'un diagnostic, qu'il n'est pas toujours possible de lui donner : « *« oui docteur il y a trois semaines, dans le lobe de l'oreille en bas, j'ai eu une piquée, qu'est-ce que ça peut être ? »* . Bon, ça n'a aucun intérêt de savoir. »(E2)

Il est alors parfois compliqué de faire comprendre au patient que l'on ne sait pas ce qu'il a mais que ce n'est pas grave : *« C'est difficile de dire qu'il n'y a rien parce qu'ils aiment avoir une réponse ou un diagnostic, je leur dis « ben écoutez, pour moi ce n'est pas grave, il n'y a rien à faire », ou alors « il n'y a rien de spécial... »(E6).*

4.1.2 Incertitude sur le long terme : qui dure plusieurs semaines

a. Avis spécialisé qui tarde

Dans la démographie médicale actuelle, les délais pour obtenir une consultation avec un spécialiste sont plus longs qu'il y a une dizaine d'années, ce délai amène une incertitude diagnostique qui dure, qui peut être mal tolérée par le médecin : *«Par contre ce qui va me miner, c'est le fait que contrairement à il y a une dizaine d'années, l'avis dermato je l'ai dans je ne sais combien de temps et du coup l'incertitude va planer plus longtemps, donc ça va me miner un peu, c'est clair et net, le fait que l'incertitude diagnostique va durer longtemps. »(E2)*

Ce délai peut être source d'angoisse pour le médecin lorsque le patient peut présenter une complication : *« si je prends une situation un peu cardio, où la on est quand même dans un truc plus stressant, comme l'incertitude de la pseudo-arythmie, une dame ou d'un monsieur, pas trop vieux, pas trop jeune, qui te raconte ressentir éventuellement le petit côté irrégulier de temps en temps. Alors ce n'est pas l'incertitude diagnostique sur le moment, moi quand je l'ausculte, il est sinusal tout va bien, mais il te raconte quand même des choses qui peuvent te faire évoquer une arythmie... je vais lui faire un joli mot pour le cardiologue pour qu'il lui fasse un holter sur 24h et de nos jours, ce holter va avoir lieu au minimum dans six mois. Je*

laisse se balader dans la nature quelqu'un avec une possibilité de maladie embêtante pendant six mois... Donc la oui, par contre ça peut être stressant.»(E2) ;

Ou lorsque l'état de santé du patient peut se dégrader rapidement : « le côté rectorragie qui peut aller de la fissure anale en passant par le polype, voire par le cancer du colon ... On va prendre rendez-vous avec ce joli gastro, encore une fois ça ne justifie pas que je l'appelle et que je lui dise « tu me le vois demain », parce que la dame ou le monsieur va super bien, qu'il n'a aucun antécédent particulier ou quoique ce soit ; mais pour autant, de nos jours, la coloscopie il l'a seulement six mois ou un an plus tard. »(E2)

b. Absence de diagnostic final

Il existe des incertitudes qui perdurent, les investigations mêmes poussées ne retrouvant pas de cause, on ne peut pas poser de diagnostic : « c'est une jeune femme qui a des douleurs de ventre, qui est fatiguée...les incertitudes diagnostiques c'est beaucoup sur la fatigue je trouve, à qui j'ai fait tout un tas de bilan et on ne s'en sort pas. Elle est toujours fatiguée et on ne trouve rien, voilà c'est typiquement ça je dirais. Le tout venant c'est ça, c'est les bilans de fatigue où on n'a pas d'arguments pour une maladie.»(E7)

4.2 Les problèmes et difficultés engendrés par l'incertitude

4.2.1 Faire plus d'examens complémentaires que voulu

Les patients viennent voir leur médecin pour savoir ce qu'ils ont et bien que les examens ne soient pas tout le temps nécessaires, il n'est pas aisé de leur faire comprendre : *« je ne sais pas exactement ce que vous avez mais on ne fait rien »*(E6) ; il devient encore plus difficile de faire accepter l'absence d'examens lorsque l'on sait que les symptômes risquent de durer plusieurs semaines : *« l'exemple typique de la tendinopathie de l'épaule ou du coude, le diagnostic est fait par la clinique mais la douleur va durer sur des semaines, tu es quasiment sûre mais tu as toujours cette incertitude : « Est-ce qu'il n' a pas une calcification ? » « Est-ce qu'il n'a pas une chondrocalcinose que je pourrais traiter différemment ? », donc tu lui fais une échographie. »*(E6)

Ils sont conscients de ce qui est disponible et ont parfois déjà en tête sur ce qu'ils souhaiteraient : *« les patients ont quand même tendance à savoir qu'on a beaucoup d'examens à proximité et à disposition... la majorité des gens préfère d'emblée avoir les examens et faire le maximum. »*(E6)

Le fait de ne pas demander d'examens peut parfois être mal perçu : *« souvent ça ne passe pas de leur dire « vous prenez du doliprane et du spasfon et on revoit si ça ne va pas » ; c'est souvent mal vécu, parce que c'est plutôt vécu comme le fait qu'on ne les écoute pas, ou qu'on ne les entend pas et qu'on ne les prend pas au sérieux »*(E6).

Le médecin peut donc avoir l'impression d'être obligé de faire certains examens pour satisfaire le patient : *« quand tu vois dans les yeux de ton patient qu'il n'est pas sûr de ton coup... c'est peut-être lié au fait que je manque un peu de confiance en moi, mais des fois on a cette obligation de moyens... qui fait qu'on se sent obligé »*(E6)

Aller contre ses principes et faire plus d'examens que ce que l'on juge nécessaire peut créer une frustration et l'impression de ne pas faire son métier correctement : *«Ca te met un peu en porte-à-faux avec toi même parce que tu te dis « c'est pas comme ça qu'on m'a appris les choses, il y a des diagnostics qui sont seulement cliniques », c'est un peu renier ce que tu avais envie de faire et ça c'est un peu dur à vivre... tu te dis « je ne fais pas bien mon boulot » parce que des fois tu es dans la surenchère et tu vas trop loin dans les examens... »(E6).*

Il faut parfois remettre en questions notre manière de faire et savoir l'adapter à la situation et au patient: *« quand tu sors de la fac, tu te dis « je vais faire bouger les choses, je vais faire ce qu'on m'a appris » mais en fait dans la pratique c'est plus compliqué... la plus grande difficulté c'est quand tu n'es pas sur le même mood que ton patient et qu'il est exigeant en terme d'examens, toi tu te dis « il n'y en pas besoin », mais tu te sens un peu obligée parce qu'au fond tu ne peux pas affirmer à 100% que tu ne te plantes pas, en terme de diagnostic, mais parfois en terme de gravité et du coup tu n'as pas trop le choix.»(E6)*

Mais les examens ont aussi pour but de se rassurer et d'éviter de faire une erreur diagnostique : *« c'est dans le but de se rassurer aussi en se disant « je ne vais pas passer à côté d'un truc » »(E6).*

4.2.2 Prendre un risque

Arrive le moment où il faut prendre une décision, le faire en situation d'incertitude diagnostique c'est forcément prendre un risque. Celui-ci est plus ou moins grand selon la gravité potentielle de la pathologie, il est particulièrement présent lors des situations avec une urgence ressentie et peut parasiter notre esprit en dehors du travail : *« Mais il y a eu ce moment de flottement, j'avoue que j'y repensais chez moi, c'est pas souvent que je repense*

à des trucs chez moi...j'essaye au maximum d'éviter ça, ces situations où je prends un risque finalement, ça ne m'arrive pas tous les jours, je dirais deux trois fois par an »(E1)

La peur du risque peut être majorée par un souvenir d'une situation similaire qui s'est avérée être une urgence réelle : *« elle ne parlait pas franchement de frissons nocturnes mais il se passait quelque chose quand même, j'ai eu des petits doutes, d'autant plus que j'ai vu une histoire, c'était aussi lié peut être à mon passé, une femme en post-partum, qui avait eu une septicémie et qui avait des éruptions qui ressemblaient à ce qu'elle avait. »(E1)*

Ce risque, majoritairement présent dans les situations aiguës, est pris en sachant que l'incertitude diagnostique sera de courte durée, le doute est souvent tributaire d'un résultat d'examen que l'on souhaite rapide : *« je pense que j'ai pris un petit risque en ayant ce mercredi après-midi où j'étais absent, je savais que je verrai le résultat de la biologie seulement le jeudi matin. »(E1)*

Mais parfois le risque existe également dans des situations avec une incertitude qui dure comme lorsque l'on attend la consultation avec le spécialiste pour avoir un bilan plus approfondi : *« Une situation qui touche le cœur ou un autre organe un peu plus à risque, ça nous pèse un petit peu de devoir attendre pour être fixé sur le diagnostic, et même si au moment où on le voit il n'est pas inquiétant, le délai sans savoir c'est un risque à prendre ça c'est sur. »(E2)*

De manière générale, il existe un risque quotidiennement dans beaucoup de décisions prises par le médecin généraliste : *«tous les jours, ou plutôt régulièrement, on a ce genre de situations à gérer. Le ventre de madame, ou du gamin : « non ce n'est pas une appendicite qui va se transformer en péritonite, c'est juste une colopathie et donc je décide que... » »(E2)*

Une prise de risque engendre du stress mais celui-ci peut aussi se dévoiler différemment.

4.2.3 Stress

a- Stress avant la consultation

Le stress peut exister préalablement, en anticipant des situations d'incertitude complexes à gérer : *"On fait quand même un métier qui reste extrêmement pesant et stressant. Donc, moi je viens tous les matins avec un petit stress en me disant « qu'est-ce que je vais voir aujourd'hui et comment je vais le gérer ? »(E2).*

Les situations d'incertitude diagnostique sont plus difficiles à gérer et peuvent être appréhendées, particulièrement celles avec une gravité potentielle : *«chaque jour qui passe, tu ouvres ton carnet de rendez-vous et tu te dis « bon qu'est-ce qui va me tomber dessus aujourd'hui ? " Et contrairement à ce que peuvent penser certains, on ne voit pas que des nez qui coulent toute la journée, on gère des choses lourdes. »(E2).*

Lorsque l'incertitude dure dans le temps et que l'on se trouve dans une impasse diagnostique, il existe une appréhension avant la consultation et un sentiment d'échec personnel : *« Quand je vois arriver la consultation, je pars battue, je me dis « de toute façon je ne vais pas y arriver », le sentiment d'échec est là, directement quand je vois le nom du patient, parce que je sais que je n'ai toujours pas la réponse à son problème. »(E7)*

b- Stress pendant ou après la consultation

L'incertitude reste inévitable dans la plupart des situations, elle fait partie des choses que nous ne pouvons pas contrôler, cela est parfois difficile à accepter pour le médecin. Le stress découle directement de la situation d'incertitude et il dure le temps d'obtenir le diagnostic final, il semble alors plus extérieur à notre personne : *« il est généré par une problématique que je ne maîtrise pas, mais qui « ne m'appartient pas à moi », c'est mon*

stress mais je ne l'imagine pas comme un stress généré par ma propre personne. Donc, pour le résoudre, il faut lever l'incertitude, avoir la preuve, trouver le diagnostic. »(E2)

Le stress est majoré par la difficulté d'avoir recours au spécialiste rapidement : « *Mais je pense que ce stress est accentué par le fait que l'accès à tout ce dont on a besoin devient de plus en plus compliqué. Donc, à la fois le stress augmente en intensité et en durée, le temps qu'on ait la réponse »(E2).*

Le délai pour avoir recours au spécialiste étant plus long, le médecin généraliste est de plus en plus amené à initier de nouveaux traitements : « *Comme le patient verra le spécialiste beaucoup plus tardivement, je vais peut être déclencher un médicament que je n'aurais pas déclenché avant parce que c'était l'apanage du spécialiste. C'est aussi du à une évolution de la médecine et à une démocratisation des médicaments mais au final on prend plus de responsabilités et le stress augmente. »(E2).*

Cette notion de stress est difficile à définir et peut parfois être difficile à reconnaître par les médecins généralistes.

Elle peut être relativisée en disant « *je ne me stresse pas trop, parce que je me dis qu'on y arrive toujours.»(E5).* Elle peut être proche de l'anxiété : « *il y a une forme... pas d'anxiété, parce que ce n'est pas vraiment de l'angoisse mais on s'en rapproche, on se triture les méninges.»(E4).*

Certains disant ne pas ressentir de stress, avouent pourtant repenser à ces situations le soir chez eux ou même dans la nuit. Le fait que des pensées arrivent à s'immiscer dans la vie personnelle des médecins montre bien l'impact de ces situations sur leur mental, suggérant que ces situations sont sources d'inquiétude, reconnue ou non : « *ça peut faire réfléchir toute la nuit quand même... »(E3)*

Lorsque la situation dure, le stress peut engendrer la demande d'un avis à un confrère, vécue alors comme un besoin, une nécessité : « *pour m'aiguiller, m'aider, me rassurer* »(E4).

L'expérience personnelle apparaît comme un facteur essentiel pour une meilleure gestion du stress, ainsi qu'une évolution de la relation médecin-patient ces dernières années : « *Avant, on avait nos tracas, on ne disait rien, on pouvait le cacher au patient, et des fois on n'en dormait pas la nuit. Maintenant c'est fini, si j'ai un doute, je l'exprime, je dis à la personne que je veux la revoir. Ça a évolué dans ma pratique, je me stresse moins, je ne prends plus les soucis sur moi toute seule, maintenant je les partage* »(E7).

4.2.4 Peur de faire une erreur diagnostique

Pour beaucoup, le principal problème engendré par l'incertitude diagnostique est le risque de passer à côté de quelque chose de grave en faisant une erreur diagnostique : « *Tout le problème de l'incertitude diagnostique, c'est le fait de ne pas passer à côté d'un truc qui pourrait être plus grave... Au début, j'avais la boule au ventre pour ça tous les jours, maintenant un peu moins et j'espère que dans cinq ans ça sera plus du tout.* »(E6).

L'erreur peut avoir des conséquences importantes pour le patient et pour le médecin qui risque au maximum des sanctions judiciaires ou ordinaires, cette crainte est bien présente dans l'esprit des médecins : « *au tout début quand je me suis installée, c'était assez angoissant, par les temps qui courent on sait que c'est un peu plus procédurier. Mon premier cours de droit à la FAC en P1, le prof a commencé par nous dire « dans votre carrière de médecin, vous aurez au moins un procès dans votre vie.* »(E6)

Cette peur de la faute peut influencer la démarche diagnostique directement : *« le problème c'est cette obligation de moyens, tu te dis « si je ne fais pas un scanner ET QUE il a ça, ET QUE je suis passée à côté, on va me le reprocher », donc tu fais tous les examens en pensant « au moins, on ne me collera pas un procès derrière ». Tout l'enjeu de la profession c'est d'arriver à travailler sans que cette peur vienne à dicter ta prise en charge. »(E6).*

La situation d'incertitude peut parfois être très inconfortable, il existe toujours la peur de se tromper, d'autant plus lorsque l'erreur a déjà eu des conséquences graves dans d'autres situations : *« J'ai le petit moulin dans ma tête, ça m'arrive de rappeler des patients, je n'hésite pas à faire revenir ... parce qu'on fait des erreurs, j'ai déjà fait des erreurs, des boulettes, des gens qui sont décédés, enfin c'est pas uniquement de ma faute, mais c'est des choses qui travaillent... on traîne tous un peu des casseroles sur des trucs qui se sont mal passés qu'on ressasse, donc on essaie de mieux faire après... »(E4)*

L'incertitude diagnostique peut être mal tolérée par le médecin, il peut alors essayer de trouver dans les propos ou les symptômes du patient des données qui le ramènent à un diagnostic connu et rassurant. Le risque peut alors être d'orienter inconsciemment le patient dans l'interrogatoire afin de conforter ce diagnostic. Il est important de prendre du recul et de se rendre compte de ce procédé inconscient parfois mis en place pour éviter l'erreur diagnostique.

4.2.5 Altérer la relation de confiance

L'incertitude diagnostique constitue un défi que le médecin généraliste relève quotidiennement, le patient attend de lui qu'il trouve la cause à ses symptômes et qu'il le

soigne. Cette compétence est un critère majeur pour être considéré comme un « bon médecin » et de nos jours pour avoir plus de trois étoiles sur Google. Alors, lorsque le médecin doute, c'est une faille qui peut ébrécher cette confiance.

Dans le cheminement vers le diagnostic, médecin et patient marchent côte à côte. Si le patient n'a pas une confiance solide envers son guide, cela peut engendrer des désaccords concernant la route à prendre. Il peut remettre en question la pertinence de la prise en charge, demander d'autres examens complémentaires, un avis plus rapide etc : *« Toi tu es quasiment sûr que ça peut attendre, mais tu ne peux pas lui assurer à 100% que c'est ça, toute la difficulté est de maintenir une relation de confiance avec le patient »(E6).*

Ne pas prendre en compte le ressenti du patient et ses demandes d'explorations plus poussées que ce que l'on voudrait, donne l'impression au patient de ne pas être considéré, écouté et finit par nuire à cette relation. Il est encore plus difficile de gérer ces situations lorsque l'on débute et que les patients nous connaissent peu ; nous sommes encore en phase d'évaluation, affairés à bâtir cette confiance : *« En tant que jeune installée, c'est aussi le besoin de construire une relation. Au début, il faut montrer au patient que tu es à l'écoute pour qu'après, ils commencent à te faire entièrement confiance et que tu puisses travailler, peut-être différemment. »(E6).*

Pourtant, évoquer cette incertitude dès le début peut aussi être un moyen de maintenir une relation de confiance. En effet, il est plus facile pour le patient d'accepter une incertitude qu'une erreur diagnostique. Il est donc toujours bon lorsqu'on évoque un diagnostic possible, de parler de l'hypothèse numéro deux (voire plus) qui existe. Ainsi, si les symptômes évoluent et que la première hypothèse était fautive, le patient ne percevra pas

ceci comme une erreur diagnostique : « *J'aime bien énumérer d'éventuelles autres hypothèses diagnostiques, comme ça tu ne vas pas être pris pour une truffe si ce n'est pas ça.* »(E1).

4.2.6 Patients demandeur d'un diagnostic, importance d'un mot sur leurs maux

Tous les patients n'ont pas les mêmes attentes en se rendant chez leur médecin généraliste : « *certains voudront comprendre, d'autres voudront un traitement et s'en fichent de comprendre dès lors qu'ils vont mieux* »(E4).

Cependant, il apparait depuis quelques années un changement de modèle dans la relation soignant-soigné avec une évolution progressive vers un modèle collaboratif où le patient « *veut pouvoir intégrer sa prise en charge et comprendre ce qu'il a* »(E6).

Lorsqu'il s'agit de symptômes inhabituels, les patients attendent un diagnostic, une réponse que le médecin est sensé lui donner, lui qui est détenteur du savoir, comme ils aiment à le rappeler en disant « *c'est vous le médecin* » : « *il y a des gens qui veulent savoir à tout prix* »(E5). Seulement le médecin a souvent besoin de temps et d'examens pour avoir un diagnostic certain. Le patient doit alors se contenter d'hypothèses, de « *peut-être* », cela peut le déstabiliser : « *je leur réponds : « écoutez, ça peut ressembler à ça, mais on n'est pas encore sûrs, on va faire des examens pour savoir.* »(E5).

Lorsque le patient demande fébrilement : « *c'est quoi docteur ?* », l'attente mêlée d'espoir se lit sur son visage comme si le fait de donner un mot sur la situation apaisait déjà les symptômes. Cela rassure le patient et donne une impression de contrôle. Les patients recherchent une réponse et certains trouvent un réconfort dans le fait de pouvoir nommer

ce qu'ils ont, de pouvoir lui donner une identité pour pouvoir mieux l'affronter : *« Ils ont besoin de quelque chose à quoi se rattacher, en médecine au début c'est ce qui m'a étonnée, que les gens aient besoin d'un mot final qui conclut ce qu'ils ont, c'est ce que je dis aux internes « dis lui ce que tu as trouvé », que ça soit une pharyngite, une rhino-pharyngite, une cystite, il faut qu'ils aient un mot, qu'ils puissent dire ce qu'ils ont »(E7)*

Cette recherche d'un mot permet aussi de cadrer la situation avec les proches du patients qui peuvent demander *« alors, il a quoi le petit ? » les gens aiment bien mettre un mot sur ce qu'ils ont, des fois tu leur expliques, c'est un virus ce n'est pas très grave mais ils veulent savoir, tu peux leur donner les hypothèses, sans le diagnostic... »(E6).*

Il apparaît que ce qui est réellement important réside dans le fait de faire une synthèse de la consultation et de prendre le temps de nommer au mieux un diagnostic si c'est possible, sinon d'expliquer les différentes hypothèses, pour rassurer le patient au maximum.

Malheureusement, l'incertitude diagnostique peut durer sur plusieurs semaines ou mois et ne jamais aboutir à un diagnostic précis comme c'est le cas par exemple pour une asthénie inexpliquée ou des troubles digestifs que l'on appelle « fonctionnels ». Le patient peut se sentir insatisfait de cette absence de diagnostic malgré de nombreuses investigations et aller chercher une réponse ailleurs : *« ils sont demandeurs, et si je ne leur donne pas une réponse, ils vont beaucoup vers des choses alternatives, qui bien sur, leur trouvent des tas de choses, des intolérances au gluten, la maladie de Lyme qui n'a pas été diagnostiquée... Du fait que moi, je n'ai pas une réponse un petit peu précise à leur donner, eux dans leur recherche de diagnostic, ils vont finir par la trouver, mais bon avec des gens qui sont ... moi ça me fait de la peine, eux surement que ça les satisfait. »(E7).*

Ce sont des situations difficiles à gérer pour le médecin généraliste qui peut se sentir frustré ou incompetent pour soulager son patient : *« ce ne sont pas des consultations où je suis très à l'aise parce que j'ai l'impression d'avoir fait le tour, ce n'est pas toujours très facile à vivre, parce que le patient reste fatigué et nous on n'a pas de diagnostic »*(E7).

4.2.7 Accepter ses limites, sa fragilité

Bien que toutes les situations ne puissent pas mener à un diagnostic dès la première consultation, certaines d'entre elles font appel à des connaissances que le médecin n'a plus en tête, qu'il a oubliées au fil des années. De ce fait, l'incertitude diagnostique laisse entrevoir ses propres failles, en tant que médecin qui doit faire face aux limites de ses connaissances, mais aussi pour le patient qui espère que son médecin sache tout expliquer.

Cela peut amener une remise en question de sa pratique et de sa capacité à bien faire son métier : *« Je me dis des fois « tu pourrais mieux faire, tu pourrais lire un peu plus, tu pourrais regarder un peu plus le soir des choses sur la cardio ou des choses où je ne me sens pas au top »*(E5).

La nécessité de la formation médicale continue apparaît clairement dans ces situations : *« ça m'incite à continuer de me former toute seule parce que je me dis « on n'est jamais au point nulle part » »*(E5).

L'incertitude dévoilée au patient demande de l'humilité : *« Il faut savoir le reconnaître quand tu ne sais pas, parce que je pense que les patients savent que tu es humain et que tu as des failles »*(E6) ; *« il vaut mieux être humble sur son savoir et sur son diagnostic que d'être trop sur de soi »*(E2).

La demande d'avis à un confrère ou un spécialiste devient parfois nécessaire : *« si tu ne sais pas, il faut savoir passer la main aussi... quand tu atteins tes limites ou quand tu sens que le patient a besoin d'un autre avis que le tiens »*(E6), mais elle pointe nos faiblesses et peut être dure à accepter : *« au début, j'avais un peu honte de faire appel à ma consœur ou à mon confrère en me disant que les patients allaient se dire « celle-là, elle ne sait rien, elle fait appel aux autres » »*(E6).

Pour assurer la meilleure prise en charge pour le patient, il faut parfois savoir mettre son égo de côté : *« Il ne faut pas être imbu de sa personne, entre la théorie et la pratique, il y a un monde. J'avais peur qu'on me juge, les confrères, des spécialistes mais je me rends compte que les courriers sont bienveillants, souvent entre les lignes, tu peux lire « tu n'aurais pas forcément besoin de l'envoyer », mais tant pis, la prochaine fois je ferai mieux »*. (E6).

Reconnaitre ses limites fait preuve d'une intelligence dans sa pratique, comme le fait de demander un avis extérieur. Cela permet de se décharger de cette angoisse de performance que le patient et la société en générale peut nous imposer et que le médecin se met lui-même : *« Je travaille mieux depuis que j'ai moins l'angoisse de toujours vouloir fournir une réponse à tout. Je dois pouvoir être le maillon central dans un réseau qu'il est important d'avoir, tout en reconnaissant les limites des mes compétences, qui sont forcément à améliorer au cours du temps. Tu ne peux pas travailler tout seul, ce n'est pas intéressant et puis c'est surtout être un peu trop sûr de soi et c'est comme ça qu'on fait des bêtises. »*(E6).

Il faut également savoir accepter les limites du savoir médical en général qui peut être mis au grand jour lorsque l'on ne trouve pas de diagnostic final à une situation d'incertitude qui dure dans le temps : *« ils reviennent et je ne trouve toujours pas*

d'explications, alors que moi j'aurais besoin d'une explication »(E7). Il est alors parfois vécu comme un échec de ne pas savoir et de ne pas pouvoir soulager le patient « peut-être qu'il y a une prise en charge à proposer un peu plus aidante, mais je n'ai toujours pas compris ce qu'ils attendaient de moi...le problème quand ça dure c'est qu'on a plus rien à proposer »(E7).

4.2.8 Manque d'expérience/ manque de confiance vs expérience/mise à l'épreuve

Les situations d'incertitude diagnostique sont d'autant plus fréquentes que nos connaissances et notre expérience du métier est faible. C'est au fil des années, à force de prendre en charge des situations nouvelles qui finissent par se répéter que l'expérience se bâtit et qu'une part des situations d'incertitude s'amenuise.

Du manque d'expérience découle un manque de confiance en soi et en ses capacités à être un « bon médecin ». En plus de ce manque de confiance en soi, les jeunes médecins doivent souvent faire face à un manque de confiance des patients envers eux : « *L'expérience joue beaucoup... on me dit souvent « mais vous êtes un peu jeune » »(E6).*

En effet, devant un jeune médecin, les patients ont plutôt tendance à douter de ses compétences, accordant une valeur importante à l'expérience d'un médecin généraliste. Dans l'esprit des patients, il semble que l'on apprend la médecine principalement sur le terrain et que notre formation est loin d'être suffisante, ce qui est vrai ceci-dit. Combien de fois, en tant qu'interne, le patient m'a dit « ça ne me dérange pas que ce soit vous, il faut bien que vous appreniez », mettant la pratique au dessus des connaissances médicales acquises pendant les études. Pourtant, en terme de savoir médical récent, les jeunes médecins sont souvent mieux informés.

Il existe donc cette méfiance de la part des patients qui rend la situation d'incertitude encore plus difficile à gérer. Cela peut entraîner une sur-prescription d'examens pour rassurer le patient, comme si la seule parole du médecin ne suffisait pas, il faut des preuves : « le manque d'expérience fait que, comme tu ne peux pas affirmer à 100% « vous avez ça, il n'y a pas besoin d'écho ou de scanner », tu fais les examens. »(E6).

La confiance en soi qui découle de l'expérience permet de gérer la situation comme on le souhaite et non exclusivement comme le patient le veut, bien qu'il soit encore difficile pour les jeunes médecins d'imposer une prise en charge à l'encontre des attentes des patients : « Déjà en un an, il y a du progrès, j'arrive plus à imposer les choses... enfin à imposer ou à expliquer le pourquoi du comment. »(E6) ; le terme «imposer » étant encore dur à accepter.



L'expérience permet de gérer les situations plus sereinement, sans se poser trop de questions, une certaine habitude s'étant installée dans la prise en charge : « *J'ai 35 ans de pratique donc non, ça ne me stresse pas, même sur les urgences ça joue beaucoup* »(E8). C'est donc en ayant fait ses preuves sur de longues années, que la confiance du patient s'acquiert parallèlement à celle du médecin envers lui-même et que la gestion de ces situations peut s'en trouver facilitée. Cette confiance est cependant tout le temps remise en question lors des situations d'incertitude diagnostique, comme un trophée remis en jeu par un nouveau défi que le médecin doit relever.

Il apparait aussi clairement que le manque de confiance des patients envers leur médecin vient d'une évolution sociétale qui s'est opérée avec l'avènement d'Internet notamment. Avec toutes les informations disponibles au grand public, le patient vient parfois en ayant déjà en tête ce qu'il veut : « *Avant, le patient était différent aussi, il n'attendait pas qu'on lui donne des explications, il allait juste voir celui qui a le savoir et il le remettait peu en questions.* »(E6).

Cette remise en question du savoir médical et cette réflexivité que le patient a développée ne sont cependant pas forcément négatives. Cela montre que la population et donc les patients accordent plus d'intérêt à leur prise en charge, veulent être acteur de leur propre santé et sont capables de prendre les choses en main pour l'améliorer, en prenant ainsi une part de responsabilité : « *aujourd'hui ils veulent pouvoir intégrer leur prise en charge, savoir ce qui se passe... c'est bien ça responsabilise un peu* »(E6). Le patient qui est capable de se questionner sur sa prise en charge est aussi un patient qui peut suivre son évolution clinique

et juger de la nécessité d'une nouvelle consultation, voire de la nécessité de repenser le diagnostic, ce qui peut parfois éviter des erreurs importantes.

La vision du médecin généraliste a aussi évolué, passant du médecin tout puissant qui a le savoir et dont les paroles sont bénies au médecin devant faire ses preuves, qui est évalué sur sa capacité à être un bon clinicien en trouvant le diagnostic, à savoir expliquer et rassurer, adresser rapidement à un spécialiste, soulager les douleurs, écouter les peines, être toujours cordial voire sympathique... Autrement, le patient ira bien vite en voir un autre au mieux, mettre un commentaire négatif sur Google au pire. Les médecins ont perdu de leur crédibilité puisqu'ils sont « plus ou moins bons », leur parole étant remise en question facilement, notamment en comparant une prise en charge avec celle de « danieldu46 » sur un forum.

4.2.9 Gestion du temps

Les situations d'incertitude diagnostique demandent nécessairement plus de temps que celles qui ne contiennent pas de doute et donc peu de questionnements.

L'interrogatoire doit être le plus complet possible et permet d'orienter l'examen clinique qui devient lui aussi plus long et exhaustif que dans une consultation sans challenge diagnostique : « *Moi je les examine bien, bien comme il faut.* »(E7).

Il faut par ailleurs souvent noter plus d'informations dans le dossier médical : d'une part les données de l'examen clinique comprenant ce que l'on a constaté mais aussi les signes que l'on a cherché et que l'on n'a pas trouvés ; d'autre part noter les hypothèses

diagnostiques. Une grande partie de ces consultations doit être accordée aux explications fournies au patient, temps important qu'il ne faut pas négliger, permettant de rassurer le patient et de gagner sa confiance. Il faut s'assurer qu'il ait compris les différentes hypothèses, éventuellement les signes à surveiller et les modalités du traitement, l'intérêt des examens complémentaires demandés et la suite de la prise en charge.

Ces consultations sont donc particulièrement chronophages, la répétition de plusieurs d'entre elles dans la journée peut amener de la fatigue et une pression pour la gestion du temps afin de respecter au mieux son planning de rendez-vous : « *Il ne faudrait pas faire ça toute la journée, il faut qu'il y ait de la rhino quand même* »(E4).

De plus, elles prennent parfois plus de temps en dehors de la consultation en recherchant des données dans une revue médicale, en demandant un avis à un confrère ou en appelant un spécialiste, en prenant des nouvelles de l'état du patient si nécessaire : « *Après, on creuse, on revoit les patients, on se pose des questions, on cherche soi-même, on demande un peu à côté à des gens qui sont compétents.* »(E4).

4.2.10 Charge mentale

Ce sont des situations qui demandent un effort intellectuel au moment de la consultation mais qui peuvent aussi venir parasiter notre esprit au-delà de la consultation : « *j'ai le petit moulin dans ma tête... on se triture les méninges* »(E4) et au-delà du cadre professionnel : « *ça peut faire réfléchir toute la nuit quand même...* »(E3).

Il se crée une charge mentale qui peut être plus ou moins grande selon le caractère, l'expérience et la confiance en soi du médecin, son état de fatigue. Elle provient d'une

répétition des situations d'incertitude diagnostique qui sont fréquentes dans une même journée et de l'accumulation de ces difficultés citées ci-dessus : le fait de prendre un risque et la peur de faire une erreur, ressentir du stress, devoir gérer ce temps si précieux, maintenir la confiance du patient, répondre à ses attentes tout en répondant aux exigences que l'on se fixe comme celle de « bien faire son boulot » selon des valeurs qui nous sont propres.

Pour que cette charge mentale ne soit pas délétère à l'exercice de la profession ni au bien être mental de manière générale dans la vie professionnelle et personnelle, il est important de se questionner sur des moyens de gestion des situations d'incertitude diagnostique.

4.3 Gestion de l'incertitude diagnostique

4.3.1 Gestion de la démarche diagnostique

a- Anamnèse et examen clinique

Le premier temps de la consultation repose sur une demande ou une plainte du patient que l'on nomme « motif de consultation ». Il s'ensuit un interrogatoire qui permet de retracer l'anamnèse précise de la symptomatologie, élément clé de la démarche diagnostique. Dès l'anamnèse, le médecin a souvent des hypothèses diagnostiques en tête, en ouvrant méthodiquement un éventail de possibilités allant de la cause bénigne à l'urgence ou la gravité. L'examen clinique comprend souvent alors, en plus de l'examen général habituel, un examen orienté recherchant des signes précis dans le but de confirmer ou d'infirmer les hypothèses premières : « *c'est par rapport à ce qu'il décrit en terme de*

symptômes et ce qu'on peut palper...une fois qu'on a mis une main sur l'abdomen»(E6), l'éventail se resserre.

On peut tirer beaucoup d'informations en écoutant le patient, en essayant de comprendre son ressenti et les conséquences dans sa vie quotidienne, cela peut nous orienter en terme de sévérité et d'urgence : *« Il faut se baser sur l'anamnèse, les patients ont tendance à nous aiguiller « là c'est supportable mais il faut qu'on trouve quand même parce que ça me porte peine au quotidien. » »(E6).*

En observant le patient, il existe également beaucoup de signaux dans son attitude non verbale, par la manière de marcher, l'aspect général, le teint, le ton de la voix : *« Déjà quand ils passent la porte, des fois rien qu'au faciès on se fait une idée »(E6).*

L'examen clinique reste cependant le fondement de la médecine, une attention accrue y est apportée en situation d'incertitude. C'est en effet la clé de voûte d'un diagnostic, qui prime souvent sur les propos du patient et sur certains résultats biologiques : *« Je me base sur la clinique » (E6), « Moi je les examine bien, bien comme il faut »(E7).*

b- Eliminer les urgences

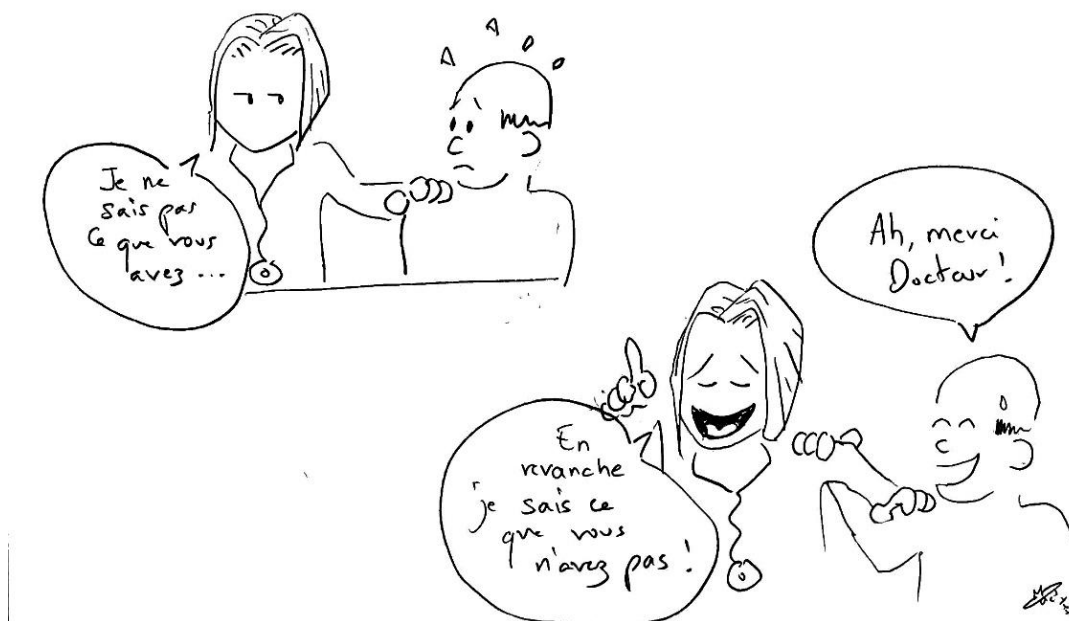
La gestion de l'incertitude diagnostique étant totalement différente en situation d'urgence, elle ne fait pas partie de ce travail de recherche.

Cependant le médecin généraliste étant le médecin du premier recours, un de ses rôles principaux consiste à savoir éliminer les urgences, quelle que soit la situation, avant de se lancer dans la recherche diagnostique. Cela se fait souvent de manière systématique, comme une habitude plus ou moins consciente : *« Dans notre métier, il faut savoir éliminer*

les urgences, et après dans le reste, on creuse. »(E4) ; « La prise en charge d'une douleur abdominale c'est déjà de voir qu'il n'y ait pas d'éléments de gravité qui nécessitent une prise en charge en urgence »(E6) ; « Dans une consultation de grippe, on se fout un peu que ce soit la grippe, on vérifie surtout que ça ne soit pas autre chose. »(E7).

Parfois c'est aussi le motif de la consultation, notamment en pédiatrie où les parents attendent surtout qu'on élimine les urgences : « Les parents ne veulent pas forcément un diagnostic pour leurs enfants, tout ce qu'ils veulent en passant la porte c'est qu'on les rassure. » (E6). Une grande partie de la prise en charge consiste alors à citer les diagnostics potentiellement graves que l'on élimine en examinant l'enfant : « Il n'y a pas d'otite, pas de syndrome méningé »(E6). Cela permet de rassurer les parents et de les faire adhérer au traitement proposé, souvent symptomatique.

En dehors d'une situation d'urgence, la prise en charge de l'incertitude diagnostique devient plus apaisée puisque le médecin peut s'aider d'un allié précieux : le temps : « Il n'y a pas de gravité donc ça peut attendre ... c'est un cheminement vers le diagnostic »(E6)



c- Demande d'examens complémentaires

Il est rare que l'interrogatoire et l'examen clinique puissent mener à un diagnostic certain. C'est pourquoi, dans la démarche diagnostique, la demande d'examens complémentaires a été retrouvée dans tous les entretiens : « *Il y a souvent une demande d'examen complémentaire qui va te permettre de trancher et de ne plus avoir d'incertitude* »(E1). En situation présumée bénigne, l'examen a souvent pour but d'éliminer une étiologie plus grave, le diagnostic final n'étant pas tout le temps recherché ni nécessaire puisque les symptômes disparaissent. En situation complexe, l'examen vient étayer la recherche du diagnostic.

Les examens de biologie sont demandés de manière fréquente, étant facilement accessibles, avec un résultat rapide et permettant d'obtenir beaucoup d'information sur la nature et la sévérité de la pathologie en cours : « *je me suis dépatouillé avec des examens complémentaires, une biologie qu'on a toujours assez rapidement* »(E2).

Dans les situations d'incertitude avec un certain degré d'urgence et donc une prise de risque, c'est souvent la biologie qui permet de mesurer ce degré d'urgence et d'orienter la prise en charge qui suit : en ambulatoire si la biologie est rassurante ou en hospitalier si des facteurs de sévérité sont retrouvés : « *l'incertitude, c'était bactérien ou viral, je n'ai pas voulu la faire hospitaliser mais il y avait quand même un risque que ça soit un truc bactérien qui démarre.* »(E1). Les examens demandés peuvent alors être inhabituels : « *j'ai redemandé un bilan, ce coup-ci en demandant des hémocultures, ce que je ne fais jamais* »(E1).

La rapidité des résultats de biologie est une aide précieuse et permet d'éliminer les urgences : « *Le cas de la douleur abdominale où ça peut potentiellement être grave, il faut*

savoir vite, je leur dis « vous sortez du cabinet, vous faites une prise de sang, ce soir à 17h j'ai les résultats, on s'appelle à 17h30 et on saura ce qu'il en est. » »(E2).

Lorsque les résultats sont en faveur d'une étiologie sans gravité, la situation est alors moins stressante : *« la pro-calcitonine était négative, j'étais rassuré à partir de là, je voyais que c'était viral »(E1).* La démarche diagnostique peut alors se faire progressivement avec l'aide du temps et d'une prochaine consultation éventuelle.

Un résultat de biologie permet aussi de mesurer dans quel délai il est raisonnable de faire un examen d'imagerie. Un scanner abdominal peut être plus ou moins urgent selon la clinique et la biologie : *« Je leur dis : « d'abord on fait une petite prise de sang, pour débrouiller un peu tout ça et voir si on a besoin d'un scanner rapidement ou non » »(E6).*

Les examens d'imagerie permettent parfois d'étayer la recherche diagnostique. Ils sont souvent disponibles dans un délai un peu plus long allant de quelques jours pour une radiographie ou une échographie à plusieurs semaines pour un scanner ou une IRM par exemple. Ce délai peut être utile au médecin généraliste pour se documenter, pour laisser le temps aux symptômes d'évoluer, pour demander un avis, il permet de repousser cette incertitude à la prochaine consultation : *« Des fois je leur dis : « ça me fait penser à ça mais il faut des examens pour le savoir », j'essaie un peu de temporiser comme ça, je les fais revenir, le temps éventuellement que je me documente. »(E5).*

Pour beaucoup de situations cliniques, la demande d'examens complémentaires fait partie de prises en charge prédéfinies par la science médicale en se basant sur des données objectives, sous forme d'arbres décisionnels auxquels le médecin généraliste peut se fier régulièrement : *« On les revoit et on sait ce qu'on va proposer, c'est souvent des*

algorithmes »(E7), « *On a des recommandations qui nous disent : « dans cette situation il n'y a pas besoin d'examens complémentaires* » »(E6). Ces algorithmes deviennent des habitudes de pratique, lors de situations d'incertitude répétitives, dès lors qu'ils sont expliqués au patient afin d'obtenir une alliance thérapeutique : « *Il y a des choses qui reviennent, tu es dans l'incertitude à chaque fois mais tu as toujours un peu la même façon de procéder* »(E6).

Cependant, toutes les situations ne rentrent pas dans des algorithmes clairs et précis et les données propres au patient ne permettent pas tout le temps de pouvoir les suivre.

d- Demande d'un avis ou d'une consultation avec un spécialiste

La démarche diagnostique suit souvent un ordre précis dans lequel la consultation avec le spécialiste se trouve en 2^{ème} ou 3^{ème} position : « *On essaie de faire le diagnostic, si on n'y arrive pas, on demande des examens et si on ne sait toujours pas, on demande au spécialiste* »(E5) ; « *il y avait eu des bilans sanguins qui ne donnaient rien, donc je lui ai dit « on va aller voir le neurologue* » »(E8).

Le médecin généraliste essaie d'abord de trouver le diagnostic avec les moyens dont il dispose, la consultation avec le spécialiste étant souvent le dernier recours dans la démarche diagnostique : « *On fait d'abord un premier bilan biologique, on ira au delà avec une imagerie si besoin et la cerise sur le gâteau, quand je ne trouve pas, je les envoie à l'interniste.* »(E7). Cette consultation arrive lorsque le médecin reconnaît avoir atteint ses limites en terme de connaissances et de prise en charge : « *l'interniste finit de faire le tour, de faire ce que je n'ai pas fait, de penser à ce que je n'ai pas pensé* »(E7), « *il faut savoir reconnaître ses limites et passer la main* »(E6).

Le recours à un spécialiste est indispensable en situation d'incertitude diagnostique qui persiste après les premiers examens. Cela fait parti d'une prise en charge de qualité, assure la continuité et la coordination des soins dans lequel le médecin généraliste a le rôle central : « *La médecine générale, c'est faire du premier soin, c'est juger de la gravité, savoir vers qui l'orienter et pouvoir être le maillon central dans un réseau qu'il est important d'avoir.* »(E6).

Le spécialiste est souvent considéré comme celui qui aura la réponse et qui permettra de lever cette incertitude en fournissant le diagnostic : « *ça peut être ça, mais on va attendre l'avis de la rhumatologue pour confirmation* »(E5) ; il représente cette arme secrète que l'on garde en poche et qui nous sort de l'impasse diagnostique : « *Je sais que je peux toujours compter sur un avis rhumato ou d'un interniste...on aime savoir qu'on peut compter sur eux, ils sont là pour ça* »(E5).

L'avis d'un spécialiste permet aussi d'enrichir ses connaissances et d'améliorer sa pratique afin de pouvoir sur le long terme gérer une situation sans demander un avis : « *Au fur et à mesure, tu fais peut-être moins appel à ton réseau... tu les envoies moins pour ces problèmes là parce qu'ils te donnent des solutions que tu appliques après* »(E6).

Le délai pour obtenir une consultation avec un spécialiste pouvant être assez long, le médecin doit parfois solliciter un avis téléphonique en premier lieu, surtout en cas de doute sur le degré d'urgence de la prise en charge: « *On est dans la galère la plus totale pour avoir un avis dans la spécialité dans un délai qui semble raisonnable, son rendez-vous est dans 5 mois...heureusement j'ai quand même pu avoir l'interne qui allait dans mon sens en me disant qu'il n'y avait rien d'urgent* »(E4). Lorsque le médecin généraliste estime que la consultation est urgente, il doit lui-même appeler le spécialiste pour exposer la situation et

demander une consultation rapidement : « *Je téléphone moi-même au spécialiste pour lui expliquer et pour qu'il puisse le prendre en urgence.* »(E3).

En cas d'incertitude diagnostique, il peut parfois être compliqué de savoir vers quel spécialiste il faut adresser le patient : « *J'ai été confronté à des névralgies où je ne savais pas trop s'il fallait orienter vers un neurologue, un ORL ou tout simplement un dentiste...* »(E5) comme il est difficile de ne pas suivre la demande du patient ou d'un proche qui estime devoir aller voir tel spécialiste : « *Sa fille lui a dit, comme elle connaissait quelqu'un au CHU, « il faut aller voir un neurochirurgien, pas un neurologue », donc on est obligés de suivre cette piste, sinon il y aura des retours à chaque fois en me disant : « et si, et si, et si... »* »(E8).

Dès lors que l'incertitude dure dans le temps et qu'on se dirige probablement vers une situation sans diagnostic, la consultation avec le spécialiste apparaît comme indispensable pour compléter la prise en charge, même lorsqu'on pense que le spécialiste ne trouvera rien de plus : « *On peut aller voir l'ORL, très probablement qu'il vous dira qu'il n'a pas plus de solutions* »(E6), « *l'interniste, la plupart du temps, il ne trouve rien non plus.* »(E7). Pour le patient comme pour le médecin généraliste, il n'est pas acceptable de conclure que l'on n'a pas trouvé de diagnostic sans avoir pris l'avis d'un spécialiste, cela requiert forcément plusieurs avis.

e- Demande d'un avis à un confrère

Un avis extérieur est parfois recherché auprès d'un collègue médecin généraliste. Cela peut se faire lors de réunions de groupes de pairs ou au sein d'un même cabinet. Le fait de ne pas se retrouver seul dans des situations compliquées est ressorti comme un avantage

majeur de l'exercice en maison de santé ou en cabinet de groupes : « *Pour moi c'est l'essence de la maison médicale, au-delà du dossier partagé, de la mutualisation des moyens, c'est l'échange très clairement.* »(E2).

Le fait d'avoir plusieurs médecins généralistes au sein d'un même cabinet permet d'améliorer la prise en charge du patient, particulièrement dans les situations d'incertitude diagnostique. Si un médecin ne sait pas, il peut s'enrichir du savoir d'un confrère : « *On a aussi des collègues généralistes qui peuvent être plus performants que nous au sens « tout le temps » ou dans certains domaines en particulier* »(E2) ; « *Ma consœur a eu une bonne formation de dermato, ce que nous on n'a pas eu au gré des stages.* »(E6).

Avoir un collègue plus âgé à proximité peut s'avérer très utile via le partage de son expérience, pour des situations inédites au médecin par exemple : « *La rougeole, j'ai beau avoir 45 ans, je n'en ai jamais vu. Donc, je vais chercher Jean-Pierre qui a 65 ans et qui a déjà vu des vraies rougeoles ailleurs que dans les livres.* »(E2) ; « *Ma consœur a une expérience de 15 ans de médecine générale, elle voit beaucoup d'enfants.* »(E6).

Un avis extérieur permet aussi de se prémunir d'une erreur lorsque la connaissance du patient peut entraver l'objectivité du médecin dans la prise de décision : « *On connaît les patients, donc on peut avoir un avis biaisé, là on cherche un avis objectif.* »(E5).

La plupart du temps, l'avis auprès de son confrère est pris en dehors des consultations, mais il peut arriver que l'on ait besoin d'un deuxième regard pendant la consultation, notamment pour la dermatologie : « *ça n'arrive pas forcément très souvent mais sur la dermato, ça a pu m'arriver de dire au patient : « si ça ne vous embête pas, j'ai un petit doute sur votre truc, je voudrais le montrer à mon collègue.* » »(E2). Cette demande

paraît bien vécue par le patient : « *ils sont contents parce qu'ils se sentent écoutés et bien pris en charge, ils se disent : « ils travaillent en groupe c'est bien »* »(E6).

Ce recours à l'avis de ses confrères peut aussi être programmé lors de réunions au sein du cabinet : « *Il ne se passe pas quinze jours sans qu'on s'interpelle sur les cas des uns et des autres, sans parler de nos réunions mensuelles qui tournent autour des patients* »(E2), même si cette pratique est limitée par le manque de temps que certains regrettent : « *L'idéal serait de pouvoir partager mais il faut avoir le temps aussi, il faut se dédier un temps pour ça...* »(E4).

Cet échange n'est possible que s'il existe une bonne entente entre les différents médecins et que chacun y trouve un bénéfice : « *J'ai bossé dans des cabinets où ça discutait beaucoup entre confrères, nous très peu... c'est peut-être une histoire de personnalité ou de générations... c'est un peu ce qui me manque oui, de partager.* »(E4).

En plus de l'aide au diagnostic, le partage d'une situation complexe permet de rassurer le médecin sur sa prise en charge et de diminuer son stress : « *« J'ai vu untel, il a cette biologie j'ai fait ça, tu en penses quoi ? », quand on te répond : « je suis d'accord avec toi, j'aurais fait pareil », ça fait du bien, ça rassure et ça diminue le stress.* »(E2). ; « *On va voir le collègue et on vide un peu son sac* »(E2) ; « *ça peut rassurer aussi de savoir ce que le collègue en pense, on n'est pas toute seule* »(E5).

La pratique médicale est souvent reconnue comme étant plus sereine dans un cabinet de groupe : « *Je suis incapable de travailler seul, j'ai besoin d'une présence, même si je ne vais pas forcément les solliciter, mais juste pour me dire « si je suis dans une merde noire, j'ai*

quelqu'un à côté qui peut me filer un coup de main », que ce soit pour une incertitude diagnostique banale ou pour un cas hyper grave. »(E2).

Cependant, les médecins exerçant seuls ne disent pas avoir besoin de cet avis extérieur et assument seuls la prise en charge de ces situations parfois délicates. Ils ne disent pas en éprouver plus de stress, sûrement parce que c'est le seul mode d'exercice qu'ils ont connu, ils s'en sont accommodé : *« Moi je me débrouille tout seul, avec l'hôpital, avec mes correspondants, avec Internet, avec mes livres... mais je n'ai pas recours à un collègue...j'ai travaillé tout seul en Afrique aussi...j'ai toujours travaillé comme ça. »(E8).*

f- Programmer un suivi

La plupart des situations d'incertitude diagnostique demandent plusieurs consultations, il faut prévoir de revoir le patient pour une réévaluation clinique accompagnée le plus souvent d'un résultat d'examen : *« Je la revois, avec un petit bilan, le tableau grossit... »(E4) ; « Je lui dis que je ne sais pas, on fait une prise de sang, une radio et je le revois lundi, je ne le lâche pas en disant « prenez trois comprimés et ça ira mieux » »(E4).*

Il semble que plus l'incertitude soit grande et la situation compliquée, plus il est important de suivre l'évolution de près et de garder un lien avec le patient : *« Il ne faut jamais les lâcher quand on ne comprend rien, il faut garder le lien c'est important. »(E4).* Le délai entre les consultations est également plus rapproché : *« Je veux vous revoir dans deux jours parce que je ne suis pas sûre de moi, je veux voir comment ça tourne. »(E7).*

Une bonne relation médecin-patient rend le suivi plus facile : « *Moi j'ai la chance d'être bien connectée avec mes patients, d'être assez proches d'eux, de leur dire de me rappeler si il y a une aggravation.* »(E4).

Revoir le patient lors d'une nouvelle consultation permet de s'aider du temps. A la fois le temps de faire des recherches personnelles sur la situation : « *J'essaie un petit peu de temporiser, de les faire revenir, le temps éventuellement que je me documente* »(E5) et le temps que les symptômes évoluent : « *On peut se laisser un peu de temps pour voir un peu comment ça va évoluer* »(E6), voire le temps que les symptômes se résolvent : « *Je ne sais pas ce que vous avez mais il faut que ça passe, si vous guérissez on n'en parle plus.... On cicatrise tout seul pour beaucoup de choses.* »(E7).

Le médecin peut également faire une réévaluation téléphonique de l'état du patient pour juger de l'évolution et du besoin de le revoir physiquement ou non et dans quel délai : « *ça m'arrive de rappeler des patients, je n'hésite pas à faire revenir* »(E4) ; « *Deux jours après j'ai eu le résultat, elle avait une CRP assez élevée, du coup je l'ai rappelée pour lui demander comment elle allait.* »(E1). Ce suivi rapproché demande une grande disponibilité de la part du médecin.

Il arrive que dès la première consultation, le médecin sache d'emblée qu'il aura besoin de plusieurs étapes pour arriver au diagnostic. Dans le but de créer une alliance et d'associer le patient à la prise en charge, il peut alors lui présenter ces étapes dès le début et programmer un suivi: « *Les rhumatismes inflammatoires par exemple, tu leur expliques qu'il va falloir cheminer petit à petit vers le diagnostic : on va faire un bilan biologique, il faudra*

quelques imageries, ce traitement ne sera pas forcément le plus adapté, il faudra peut-être aller voir le spécialiste... » »(E6).

Cette continuité des soins, où le médecin généraliste reste le référent tout au long du cheminement vers le diagnostic, est un avantage certain de la médecine générale : *« En médecine générale on revoit les gens, des fois ça prend deux ou trois consultations, ça peut prendre un mois et demi mais on fait le diagnostic. »(E7) ; « La chance du médecin installé c'est qu'il peut les revoir. »(E4).*

Cependant, toutes les situations d'incertitude diagnostique ne demandent pas un suivi, certaines apparaissent d'emblée sans gravité, notamment pour des symptômes aigus dont la cause est fortement suspectée et la résolution des symptômes attendue : *« Je leur dis « je ne sais pas exactement ce qu'il en est mais pour moi ce n'est pas grand-chose, vous surveillez. » et ils sont rassurés, ils passent à autre chose. »(E6).* On peut faire une biologie pour s'en assurer et ne pas avoir besoin de revoir le patient. Cela demande souvent de faire appel à l'éducation thérapeutique du patient en lui donnant les signes à surveiller, afin qu'il effectue son propre suivi et qu'il reconsulte si l'évolution n'est pas celle espérée.

g- Faire un traitement d'essai

Certaines situations d'incertitude diagnostique peuvent amener à mettre en place un traitement d'essai qui servira de test diagnostique. Ces situations sont souvent communes et sans gravité : l'efficacité ou non du médicament prescrit permet alors de confirmer ou d'infirmen notre hypothèse diagnostique.

La dermatologie est un domaine dans lequel il est fréquent de recourir à un traitement d'essai. Cela s'explique par la grande variété de présentation clinique d'une pathologie qui amène beaucoup de situations d'incertitude : « *la bonne vieille lésion qui ressemble soit à un eczéma soit à une mycose* »(E2), par le peu d'effets indésirables des traitements sur une courte durée et par le moyen simple de vérifier l'efficacité de ce traitement. Il est facile pour le patient de juger de l'évolution que l'on ait pris le temps de lui expliquer ou non : si la lésion régresse le traitement est efficace, si celle-ci est stable ou se dégrade, le traitement n'est pas le bon.

Il existe tout de même des médicaments présentant plus d'effets secondaires que d'autres, il convient alors d'en tenir compte dans notre choix et de prescrire le médicament le moins à risque: « *Si je mets de la cortisone sur une mycose ça va être du grand n'importe quoi, alors que si je mets un anti-mycosique sur de l'eczéma ça lui fera ni chaud ni froid, donc on commence toujours par le moins invasif* »(E2). Certains médicaments peuvent également avoir des conséquences graves s'ils ne sont pas prescrits à bon escient : « *Une lésion autour de l'œil qui peut être de l'herpès ou de l'eczéma, une fois j'ai mis de la cortisone en croyant que c'était de l'eczéma et c'est parti en vrille...* »(E2), c'est pourquoi il est très important de penser aux diagnostics différentiels possibles.

Lorsqu'une hypothèse diagnostique est forte, le traitement est prescrit avant consultation avec le spécialiste qui confirmera ou non ce diagnostic. Cette consultation pouvant être à distance, le traitement d'essai est légitime s'il peut permettre de soulager le patient notamment en cas de douleurs invalidantes : « *Il est revenu au bout de trois fois, en me disant qu'il avait vraiment des douleurs qui le réveillaient la nuit, qu'il arrivait à en pleurer le matin... je n'étais pas très sûre de moi mais j'ai mis un traitement par cortisone en*

attendant d'avoir le rendez-vous avec la rhumato, pour ne pas perdre de temps. »(E5). Si le traitement s'avère efficace, il peut permettre de lever totalement le doute et de poser le diagnostic : « ça avait bien fait effet, du coup ça m'a conforté dans mon hypothèse. »(E5).

Même avec une faible hypothèse diagnostique, le traitement d'essai peut se montrer indispensable, pour essayer de soulager le patient avant tout, il pourra par ailleurs aider à avancer dans le cheminement diagnostique : « *En attendant le rendez-vous, on va faire ça, pour essayer d'y voir un peu plus clair et puis on verra après.* »(E5). L'efficacité ou non d'un traitement pris avant la consultation avec le spécialiste pourra être une aide au diagnostic pour celui-ci.

En situation d'incertitude sur le plan dermatologique et lorsqu'il existe deux hypothèses diagnostiques principales avec des traitements sans risque majeur, le médecin peut également évoquer ces deux hypothèses et prescrire les deux traitements à prendre simultanément ou en alternance : « *ça m'arrive de dire : « j'hésite entre les deux, (je vous mets les deux crèmes) et on va faire un jour sur deux » »(E7),* cependant si cela s'avère efficace, le diagnostic final ne sera pas possible. C'est une manière de renier l'incertitude première en considérant qu'il n'est pas toujours nécessaire de connaître le diagnostic pour soigner.

Une grande différence de gestion de ces situations avec traitement d'essai réside dans le fait d'expliquer ce raisonnement au patient ou non. Cela sera développé dans la gestion de la communication avec le patient.

h- Faire des recherches personnelles

Lorsque le médecin se trouve face aux limites de ses connaissances, soit parce qu'il ne s'en rappelle plus, soit parce qu'il rencontre une situation inédite, il peut rechercher des informations médicales dans des livres ou sur Internet.

Le médecin généraliste rencontre des situations tellement nombreuses et variées qu'il est quasiment impossible d'être au point sur toutes les pathologies et leurs signes cliniques. Il est normal et nécessaire de se remettre en mémoire des informations oubliées avec le temps afin d'optimiser la prise en charge du patient : « *On a toujours des doutes parce que la médecine c'est vaste ... Des fois, ça m'arrive de regarder sur internet, dernièrement j'ai vu un enfant avec une boiterie, mais je ne me souvenais plus trop des noms, je pensais que c'était une synovite de hanche, j'ai quand même regardé les symptômes par précaution, pour me les remettre en tête...* »(E5).

Il peut également faire ces recherches pour conforter son hypothèse, pour renforcer son intuition, pour vérifier que ce qu'il a en tête est juste : « *La maladie de Sever, je ne me souvenais plus trop la localisation des douleurs, j'ai regardé après si c'était bien ça.* »(E5) ; « *C'est surtout pour valider ce que tu as en tête* »(E6).

Les recherches permettent aussi d'élargir les hypothèses diagnostiques, de compléter nos connaissances et parfois de nous mettre sur la bonne piste : « *Finalement en cherchant, des fois on se dit : « tiens, oui ça pourrait être ça aussi.* »(E3).

En cas de situations inédites ou très rares, les recherches constituent une aide précieuse pour ne pas se sentir désarmé : « *C'est plus pour les situations un peu rares que tu*

n'as jamais rencontrées...ou les consultations où tu es à sec, parce qu'il y en a, tu sais que tu peux regarder sur Internet si tu as un peu de temps. »(E6).

En attendant la consultation avec le spécialiste, faire des recherches permet de débrouiller les situations complexes, en vérifiant les différentes hypothèses et le degré éventuel de gravité, afin d'avoir un peu plus de données en mains pour répondre aux questions du patient : *« On attend l'avis du confrère... ma petite dame avec sa neuropathie toute bizarre, bien sur que je suis allée voir sur internet, j'ai vu que finalement, je n'allais pas me lancer dans des gros bilans. »(E4).*

Ces recherches sont souvent perçues comme stimulantes par le médecin généraliste qui se place en détective en quête du diagnostic : *« C'est quand même des situations chouettes du métier de médecin généraliste, c'est d'aller creuser, d'aller chercher. »(E4).*

En dermatologie, le fait de pouvoir visualiser des images de la pathologie que l'on suspecte peut aider le médecin généraliste en comparant les images avec les lésions du patient : *« Sur la dermatologie, effectivement, ça peut valoir le coup d'aller gratter, d'aller voir les images dans un bouquin de dermato ou sur un site internet pour essayer de trancher entre les deux. »(E2).* La recherche peut alors s'effectuer rapidement pendant la consultation.

Internet est devenu un outil indispensable qui permet d'avoir à disposition rapidement de nombreuses données médicales, en cherchant sur des sites et revues de référence : *« des fois c'est mon seul recours, quand je ne sais pas du tout »(E5) ; « ça m'arrive de fouiller sur des sites médicaux, scientifiques, de chercher des études en travers »(E6).*

En dehors de la quête diagnostique, les recherches personnelles sont aussi souvent faites pour vérifier la prise en charge thérapeutique d'une pathologie inhabituelle : « *Ce qui va me faire chercher, c'est plus les diagnostics où je ne connais pas forcément les réponses thérapeutiques.* »(E2).

Cependant, les recherches prennent du temps et, lorsque la symptomatologie est complexe, le médecin peut décider d'emblée de demander l'avis d'un spécialiste sans faire de recherche personnelle de diagnostic : « *Si on prend la pathologie avec des signes totalement diffus, je vais être honnête, ça n'engendre pas forcément une recherche derrière de ma part, à la limite je vais l'envoyer voir un interniste qui lui saura mieux gérer.* »(E2).

Il apparait clairement que devant cette omniscience de connaissances attendue chez le médecin généraliste et impossible à obtenir, la formation médicale continue (FMC) reste un des moyens essentiels pour consolider son savoir, et pour actualiser certaines données : « *On fait quand même un peu de FMC en médecine générale, c'est intéressant* »(E6).

i- Noter suffisamment dans le dossier

Les situations d'incertitude demandent de manière générale une rédaction plus importante dans le dossier médical du patient au moment de la consultation. Chaque médecin a sa manière de faire, cela n'est pas obligatoire mais il semble évident qu'une prise de notes conséquente est essentielle pour mener la recherche diagnostique en structurant son raisonnement.

Cela comporte de nombreux intérêts pour le médecin dont le premier est de laisser une trace écrite pour se souvenir.

Pendant la consultation, le médecin peut noter les éléments de l'interrogatoire qui paraissent importants ainsi que les données retrouvées à l'examen clinique comme celles non retrouvées, afin de se rappeler qu'il les avait bien cherchées : « *pas d'adénopathies, pas d'hépto-splénomégalie...* ». Il peut aussi noter ses principales hypothèses diagnostiques : « *un tableau neurologique assez inhabituel, un épisode viral juste avant, l'examen neuro était normal... je pense que c'est un truc post-viral mais je n'en sais rien pour l'instant* »(E4). Tous ces éléments, plutôt évidents sur le moment, peuvent facilement être oubliés au fil du temps et seront une aide précieuse pour se remettre la situation en tête lors d'une prochaine consultation.

Cela permet également de faciliter la consultation d'un collègue remplaçant ou d'un confrère qui verrait le patient pendant une absence du médecin généraliste.

Bien que cela puisse paraître chronophage, la perte de temps ressentie au moment de la première consultation peut ultérieurement faire gagner du temps sur les prochaines consultations.

De plus, avoir une prise de note la plus complète possible clarifie la situation d'incertitude diagnostique et représente une aide à la réflexion.

En effet, noter suffisamment permet de pouvoir suivre l'évolution de l'état du patient et d'avoir une vue d'ensemble sur plusieurs semaines ou mois, que ce soit pour la clinique ou pour l'évolution de données biologiques.

La prise de notes pendant la consultation, notamment à la fin, permet de faire une synthèse de la situation, de classer les données à la fois par écrit mais aussi dans l'esprit du médecin, cela structure la pensée, facilite le raisonnement et peut aider à trouver des hypothèses diagnostiques voire le diagnostic final. Cela amène également de manière logique la prise en charge adéquate à la situation et permet de l'expliquer de manière claire au patient.

Enfin, l'intérêt d'une prise de notes exhaustive réside aussi dans la preuve médico-légale que cela apporte en cas de litiges avec le patient ou des proches si un événement grave survenait.

Lorsque le médecin donne des consignes de surveillance au patient par exemple, avec parfois des conduites à tenir en cas d'aggravation, il est important de le noter dans le dossier : « *Je leur dis toujours et je l'écris dans le dossier, que si ça ne va pas mieux, qu'elle a des frissons, il faut qu'elle nous appelle ou qu'elle aille aux urgences* »(E1). Il en est de même lorsque le médecin demande au patient de revenir pour suivre l'évolution clinique : « *Je note dans le dossier que je lui ai dit de revenir, s'il ne veut pas revenir il fait comme il veut, mais moi je l'ai noté.* »(E7).

j- Faire avec ses propres moyens

Autrement dit se débrouiller qui peut trouver comme définition se tirer d'affaire, trouver un moyen quelconque, mais aussi se contenter de quelque chose ou encore démêler ce qui est embrouillé.

Parce qu'en effet, il existe parmi les situations d'incertitude diagnostiques, des cas qui ne rentrent pas dans des cases bien définies par le savoir médical ou qui ne correspondent pas aux situations habituelles pour lesquelles la démarche diagnostique et la prise en charge se répètent : « *Il y a des cas où tu es complètement à sec* »(E6).

Certaines situations sont inédites, diffèrent de par une présentation clinique exceptionnelle, une communication difficile, un manque de suivi présumé, l'état psychologique du patient... Le médecin peut se trouver désarmé dans ces situations, en manque de solutions rationnelles. Il adopte alors une prise en charge qui est propre à la situation, qui lui paraît la plus appropriée selon des critères subjectifs, en se débrouillant avec ce qu'il a à disposition, toujours dans l'intérêt du patient : « *je me dépatouille souvent.* »(E6).

Cette prise en charge n'est pas superposable à une autre situation, il est difficile d'en d'expliquer son origine, elle se rapproche alors de ce qu'on appelle l'art de la médecine et retransmet bien la complexité du métier de médecin généraliste.

Débrouiller ces situations, en faisant preuve d'ingéniosité pour trouver une solution demande un certain effort intellectuel et peut mettre le médecin en difficulté « *Je ne suis pas toujours au top mais je fais de mon mieux, c'est ce que je me dis dans ma tête* »(E5) ; « *On est là pendant des mois et des mois, à ne pas trouver, j'avoue que je ne suis pas à l'aise avec ces situations.* »(E7).

Dans les situations d'incertitude, une partie de la décision repose sur l'intuition personnelle du médecin. Lorsqu'il faut choisir entre deux hypothèses diagnostiques, alors qu'il n'y a pas d'éléments cliniques ou biologiques qui permettent de trancher, chaque médecin fait appel à son intuition pour décider de la prise en charge : « *Je ne suis pas*

certain que ça soit viral mais je pense que c'est juste viral »(E1) ; « Selon l'intuition, je m'oriente plus vers un diagnostic ou un autre »(E8) ; « Je ne sais pas ce qu'elle a mais je pense que c'est un truc post-viral »(E4).

Parfois cette prise de décision, comportant une petite part d'intuition, peut être lourde de conséquences : *« La psychiatrie, c'est une incertitude : « Mme Machin qui vient qui est en larmes », est-ce que cette dame va attenter à ses jours en sortant de la consultation, il faut que moi, médecin, je puisse trancher. »(E2).*

Cette intuition naît souvent de situations antérieures mais il n'est pas toujours possible d'expliquer son origine. En fonction de son caractère, de son expérience, de sa confiance en soi, le médecin va alors accorder plus ou moins d'importance et de crédit à son intuition pour la suite de la prise en charge : *« Tu ne peux pas lui assurer à 100% que c'est ça, mais tu as quand même une forte intuition... même si je pense au fond de moi qu'il n'en pas besoin, je me sens un peu obligée de faire le scanner sinon il ne va pas me croire, c'est peut-être le manque d'expérience... »(E6).*

Participant à la genèse de l'intuition, il peut exister un ressenti vis-à-vis du patient qui nous « met la puce à l'oreille », qui peut nous aider à juger du degré de gravité : *« En l'interrogeant, elle avait l'air ... elle ne parlait pas de frissons mais ... il se passait quelque chose quand même. »(E1) ; « L'incertitude est toujours là, même si je suis intimement convaincue que ce n'est pas grave j'ai besoin de me rassurer »(E4).*

4.3.2 Gestion de la communication

α- Expliquer

❖ Partager son incertitude et son raisonnement

La première étape consiste à expliquer l'incertitude qui existe, à faire comprendre subtilement au patient qu'en l'état actuel, on ne peut pas affirmer un diagnostic, on ne sait pas encore ce qu'il a précisément. Cela peut être une tâche plus compliquée qu'il n'y paraît car dans l'esprit des patients et de la population en général, le médecin sait. Il a fait de longues années d'études, il détient la réponse. Le médecin généraliste est le plus confronté à cette demande d'omniscience de connaissances, il doit tout savoir, il est même consulté après avoir vu un spécialiste car le patient n'a pas tout compris.

En situation d'incertitude diagnostique, il faut donc savoir dire « je ne sais pas », montrer ses faiblesses, rester humble, ce qui s'apprend peu pendant les études de médecine, où il est demandé d'être le meilleur, le plus fort, celui qui saura répondre à toutes les questions. Il faut que le médecin accepte cette faille, en formulant cet aveu pour qu'il puisse le faire accepter à son patient. Il est donc utile de bien manier le langage pour maintenir la confiance.

Plusieurs façons de faire sont possibles, avec un vocabulaire spécifique. La formule « je ne sais pas » est souvent utilisée, pouvant dérouter le patient, elle est vite suivie d'une note d'espoir en évoquant une possibilité diagnostique « *ça peut être ça, ça ressemble à ça* »(E5). Il est rare d'avoir des certitudes en médecine, il faut le faire comprendre habilement au patient. Afin que ce « je ne sais pas » ne soit pas une fin en soi mais plutôt le début de la quête diagnostique, il est important d'expliquer et de proposer une conduite à tenir juste après cette négation : « *je ne suis pas très sûre mais je pense que ça doit être ça,*

on va faire des examens, on va demander un avis... »(E5). Inclure le patient dans la prise en charge en utilisant le « on » permet une cohésion et incite à une alliance avec le patient dans cette incertitude partagée : « je ne sais pas mais on va chercher»(E6) ; « j'ai tendance à présenter qu'on va chercher »(E7).

Il peut aussi être opportun d'expliquer au patient que la médecine et les savoirs actuels ne permettent pas de trouver une réponse et une solution pour toutes les situations : « *Je lui dis qu'en médecine, des fois, on ne sait pas tout, si ça se trouve on ne saura jamais, ça va passer sans qu'on ait pu mettre le doigt dessus, qu'on ne peut pas tout expliquer et qu'il faut faire avec.* »(E4).

Expliquer que devant la situation clinique présente, il existe un éventail de possibilités diagnostiques permet de rendre l'incertitude crédible, logique, inévitable : « *écoutez je ne sais pas, ça peut-être plein de choses, on va faire une prise de sang et une radio.* »(E4).

L'incertitude peut être très nuancée selon la situation. Elle peut être présentée dès le début lorsqu'elle est grande « *Vous avez cette lésion, ça peut être ça ou ça, franchement je n'en sais trop rien* »(E2) ; ou bien évoquée de manière un peu plus tardive lorsqu'on a une hypothèse diagnostique qui prédomine nettement ou lorsque le patient est très anxieux : « *des patients avec une anxiété majeure, qui n'apprécient pas le fait que tu sois dubitatif, tu sais qu'ils ont besoin d'une réponse un peu tranchée, donc avec eux, je vais me débrouiller d'une manière ou d'une autre pour laisser la porte ouverte quand même avec par exemple, une phrase banale en fin de consultation : « quand même, si ça ne s'améliore pas, vous venez me revoir » »(E2).*

Expliquer l'incertitude diagnostique au patient présente plusieurs avantages. Tout d'abord, l'incertitude partagée rend le suivi rapproché légitime et fait comprendre au patient l'importance d'une nouvelle consultation : *« J'explique beaucoup au gens, je leur dis : « je veux vous revoir dans deux jours parce que je ne suis pas sure de moi, je veux voir comment ça tourne. » »*(E7), tout en soulageant partiellement le médecin qui n'est plus seul à endurer ce doute : *« Si j'ai un doute, je l'exprime, je n'en suis plus du tout à garder ça pour moi et à me stresser. »*(E7).

De plus, le fait d'évoquer son incertitude permet de garder le patient en alerte sur son évolution, de continuer de surveiller certains signes et parfois de motiver une nouvelle consultation plus facilement que si le médecin avait donné un seul diagnostic : *« Il y en a quelques uns, quand ils ont vu le médecin et qu'il leur a dit « c'est ça » c'est comme un point, fin de la discussion... le patient est à l'agonie mais j'ai dit que ce n'était rien et qu'il fallait juste faire ça donc il s'y tient. En leur disant que je ne suis pas certain ça va leur donner un argument pour revenir : « je ne vais pas mieux donc il est logique que je retourne le voir parce que j'ai peut-être des éléments nouveaux à lui donner » »*(E2).

Enfin, partager l'incertitude diagnostique permet aussi au médecin de rester plus en alerte et de ne pas s'enfermer trop vite dans un diagnostic sans voir les autres possibilités. Présenter ce doute initial, et encore plus en le notant, oblige à ne pas le renier par la suite, à reconsidérer les autres hypothèses lors d'une prochaine consultation et donc à ne pas faire d'erreur de diagnostic. De plus, implicitement, le médecin est probablement plus investi dans la recherche diagnostique lorsqu'il a partagé l'incertitude, lorsqu'il n'est plus tout seul mais avec un partenaire qui compte sur lui pour résoudre l'énigme.

Après avoir évoqué le doute diagnostique qui existe, le médecin peut partager son raisonnement. Toutes les situations d'incertitude diagnostique demandent une réflexion au médecin généraliste, plus ou moins complexe, plus ou moins longue. Après ce temps de réflexion, qui se déroule tout au long de la consultation, il prend une décision, il s'oriente vers une prise en charge, privilégie une hypothèse diagnostique. Tous les détails de cette réflexion ne peuvent pas être présentés au patient, chaque médecin juge selon la situation et le patient la quantité d'informations qu'il faut dévoiler ; dans tous les cas, il est primordial de partager une partie du raisonnement, ce qui permet de rationaliser la suite de la prise en charge. Plus les explications seront claires, plus le patient comprendra ce raisonnement et plus il sera à même d'adhérer à la prise en charge : *« J'essaie toujours d'adapter mon discours au gens, j'essaie toujours d'expliquer mon raisonnement de manière générale. »*(E7).

Expliquer son raisonnement et tenir le patient au courant de l'évolution de ce raisonnement permet d'intégrer le patient à la prise en charge, de ne pas le laisser démuni, de le rassurer : *« Même si elle ne sait pas ce qu'elle a, elle n'est pas mécontente de la prise en charge, parce que je lui explique où j'en suis... chaque fois que j'ai eu les internistes, je la rappelle pour la tenir au courant. »*(E4).

Lorsque l'on sait que l'on s'oriente vers un diagnostic qui va demander du temps et plusieurs examens pour le confirmer, il est bon d'expliquer au patient dès le début son raisonnement et les différentes étapes : *« Tu leur expliques bien que c'est un cheminement diagnostique, il va falloir faire un bilan biologique, quelques imageries, peut-être aller voir le spécialiste, les traitements donnés ne sont peut-être pas adaptés tout de suite... »*(E6).

C'est tout un art de partager le doute tout en gardant la confiance du patient : « *c'est normal de douter mais il ne faut pas trop le montrer non plus* »(E5). Cela passe par une quantité d'informations appropriée, un vocabulaire simple : « *j'essaie toujours de donner des mots qui sont clairs* »(E6), une attitude et une manière de parler assurées. Pour ne pas laisser le patient démuni, après avoir évoqué l'incertitude et une partie du raisonnement, il convient d'expliquer les hypothèses et solutions éventuelles : « *J'explique mon doute et j'explique ce que je propose.* »(E7).

❖ Présenter les hypothèses diagnostiques

Même lorsque le médecin s'oriente vers une hypothèse diagnostique, il peut s'avérer utile de présenter les autres hypothèses possibles au patient.

Cela permet, entre autre, de ne pas perdre en crédibilité si l'hypothèse première n'était pas la bonne : « *Je préfère dire « vous avez probablement de l'arthrose mais ça peut être ça aussi », j'aime bien énumérer d'éventuelles autres hypothèses diagnostiques, comme ça tu ne seras pas pris pour une truffe si ce n'est pas ça.* »(E1).

En effet, lorsque les hypothèses sont présentées initialement, il est plus facile pour le patient de comprendre et d'accepter que l'on passe d'une hypothèse à une autre au cours de l'évolution : « *Quand tu as expliqué un petit peu la démarche diagnostique en amont, ils comprennent que tu as évolué vers un diagnostic* »(E1). Si l'incertitude n'est pas partagée dès le début, elle est difficile à accepter ultérieurement par le patient et la remise en question du diagnostic évoqué est perçue comme une erreur ce qui altère la relation de confiance : « *le patient pourra voir ça comme une erreur diagnostique « il me dit que c'est de l'arthrose et c'est une spondylarthrite, il s'est trompé* » »(E1).

Donner plusieurs hypothèses au patient donne une impression de maîtrise de la situation, cela met en avant l'esprit réflexif du médecin, expose ses connaissances et montre au patient qu'il peut prendre en charge différentes possibilités diagnostiques : *« C'est aussi quelque part pour que le patient comprenne que je l'ai évoqué, s'il s'avère que c'est un autre diagnostic, il se dira « ah oui il m'avait dit que ça pouvait être ça »(E1).*

Cependant, cette démarche explicative demande du temps et le médecin peut parfois décider d'omettre certaines hypothèses par manque de temps : *« Par manque de temps, des fois, tu n'évoques pas certaines choses, mais après ça peut te mettre dans des situations délicates. »(E1)* ; *« On ne peut pas tout le temps leur présenter toutes les hypothèses »(E8).*

Parfois, il y a plusieurs hypothèses et aucune ne prime sur une autre de manière importante. On peut alors présenter les hypothèses de manière claire, les nommer et expliquer la prise en charge en trouvant une explication rationnelle : que ça soit une abstention thérapeutique, un traitement symptomatique, une demande d'examens, un traitement d'essai en particulier : *« Une lésion autour de l'œil, j'hésitais entre de l'herpès ou de l'eczéma, je lui ai expliqué : « ça ressemble à ça mais ça pourrait être ça, on va tester le moins emmerdant, je vais vous mettre un peu de Zovirax pommade ophtalmique, soit je vous guéris l'affaire si j'ai le bon diagnostic d'herpès, soit c'est de l'eczéma et je ne vous fais rien du tout, ce n'est pas grave, vous me rappellerez dans une semaine ou deux et on passera au plan B. » »(E2).*

Prendre en compte l'avis du patient peut nous diriger vers une hypothèse diagnostique plutôt qu'une autre, il s'agit alors d'une décision partagée, cela est développé ultérieurement.

❖ Expliquer l'hypothèse principale et la démarche diagnostique

Faire une synthèse en fin de consultation est important pour que le patient soit rassuré et sente que la situation est sous contrôle, même s'il existe une incertitude. Après avoir présenté les hypothèses possibles, il faut expliquer l'hypothèse principale et présenter la démarche qui suit. Cette démarche peut comprendre la réalisation d'examens complémentaires pour affirmer cette hypothèse principale ou pour infirmer une autre hypothèse, un éventuel traitement d'essai, une consultation avec un spécialiste : « *Je ne sais pas ce que avez, je pense fortement que c'est ça, on fait le bilan pour éliminer d'autres choses.* »(E4). Pour la conduite à tenir, l'avis du patient peut aussi entrer en jeu.

La démarche diagnostique visant à confirmer l'hypothèse principale peut comprendre la mise en route d'un traitement d'essai. Le médecin peut choisir d'emblée de signaler au patient qu'il s'agit d'un test diagnostique, qu'il peut s'avérer inefficace, ce qui permettra d'éliminer cette hypothèse : « *Je leur dis que ça peut être l'un ou l'autre, on va essayer une crème, si elle ne marche pas, on essaiera aitre chose.* »(E7).

Après avoir expliqué l'hypothèse principale et la conduite à tenir, le médecin peut choisir d'évoquer la possibilité d'un autre diagnostic, remettant à jour son incertitude : « *C'est sûrement une gastro banale mais qui peut potentiellement être plus grave, je leur dis*

vous sortez du cabinet et vous faites la prise de sang, ce soir à 17h30, j'ai le résultat et on saura ou en est »(E2). Ici l'hypothèse principale est une gastro-entérite, le traitement adéquat est donné, cependant le médecin veut éliminer une cause plus grave en faisant une biologie, tout est repris en fin de consultation et la démarche est expliquée avec les solutions qui s'appliquent aux deux diagnostics possibles : *« ça peut être une gastro banale, à ce moment-là, ce que je viens de vous faire comme ordonnance suffira, si c'est plus que ça, on se rappellera et on avisera, on hospitalisera si il faut. »(E2).*

Le médecin peut donc déjà anticiper une autre hypothèse diagnostique en donnant la conduite à tenir, il peut expliquer la première hypothèse diagnostique et le plan A qui suit tout en évoquant une deuxième hypothèse et le plan B éventuel : *« si à l'examen qu'on va faire, je ne trouve pas, ça pourra aussi être ça, alors on fera différemment on ira vers cet examen ou on ira voir tel spécialiste... », au-delà de l'échec diagnostique si jamais on s'est trompé, ils savent qu'il y a une suite à donner, ils ne sont pas sans solution derrière. » (E6).*

La synthèse de la consultation reprend l'hypothèse principale en premier lieu, en expliquant son traitement par exemple, mais il faut bien dire que c'est une hypothèse afin de laisser la porte ouverte à une autre évolution possible.

Il peut ne pas y avoir d'hypothèse prédominante, si bien que le médecin préfère ne pas en privilégier une pour le moment, il est alors très important de synthétiser la situation clinique en décrivant l'état actuel du patient et en expliquant la conduite à tenir : *« Je lui ai bien dit que je ne savais pas ce qu'il avait, qu'il avait une inflammation de son poignet et qu'on allait en chercher la cause. »(E4).* Même sans diagnostic, il est bénéfique de conclure la

consultation avec un terme positif qui décrit l'état du patient : « *vous avez une inflammation* », qui peut alléger ou remplacer le « je ne sais pas ».

Il arrive aussi qu'après une incertitude diagnostique longue, le médecin ne trouve finalement pas de cause aux symptômes du patient, ce non-diagnostic final est parfois dur à faire accepter au patient : « *J'explique « je ne vous ai pas trouvé de ma-la-die (en insistant), tout ceci n'est pas pathologique* », *je rabâche, je fais un peu le disque rayé, mais je vois que ça ne les satisfait pas* »(E7).

❖ Education du patient

Il est primordial que la situation d'incertitude soit cadrée, que le patient ait compris les différentes possibilités diagnostiques et les différentes évolutions cliniques possibles dans les jours à venir. Pour que le patient soit acteur de sa prise en charge et qu'il participe au cheminement vers le diagnostic au sein d'une alliance avec le médecin, il est important qu'il connaisse les signes à surveiller pour qu'il puisse faire une auto-évaluation, assurer son propre suivi. Plus la situation d'incertitude présente une gravité potentielle, plus cette éducation est importante. En effet, une fois sorti du cabinet, le patient est souvent le seul à pouvoir surveiller son évolution clinique, il faut donc qu'il y soit suffisamment préparé.

Les signes d'alerte à rechercher par le patient sont expliqués par le médecin, tout en s'assurant que le patient les ait bien compris ; il ne faut pas hésiter à reformuler, à répéter et à demander si tout est bien clair : « *La patiente est bien au courant des signes d'alerte* »(E7). Cette transmission d'information est souvent retranscrite dans le dossier afin de constituer la preuve que le médecin a bien informé son patient des signes à surveiller et du risque potentiel : « *J'explique au maximum, pour que le patient sache exactement, je leur dis et*

j'écris dans le dossier, que si ça ne va pas mieux, si il y a des frissons , il faut qu'elle appelle ou qu'elle passe aux urgences »(E1)

Il faut donc insister sur les différents signes à surveiller, notamment ceux qui sont importants dans l'évolution et qui peuvent faire pencher la balance vers un diagnostic plutôt qu'un autre : « *Il est au courant, il doit prendre sa température »(E4) ; « vous surveillez bien votre fièvre, vous surveillez bien les symptômes, et si dans 48h ce n'est pas mieux, vous revenez me voir. »(E6).*

Cette transmission de connaissances sur les signes d'alerte à surveiller est particulièrement importante en pédiatrie. Les parents doivent être capables de reconnaître ces signes mais encore faut-il qu'on ait pris le temps de leur expliquer : « *Une fois qu'on leur a dit : « surveillez la fièvre, l'alimentation, le comportement », ils ont de la matière, ils ne courent plus sur les forums »(E6).* Il en est de même sur la nécessité de les informer de l'évolution habituelle de certaines pathologies bénignes et sur la conduite à tenir afin qu'ils comprennent le processus et qu'ils apprennent à gérer ces situations seuls par la suite : « *ils savent que probablement, quand le gamin sera enrhumé une deuxième fois, ça va revenir et ils sauront gérer. Au fur et à mesure, ils ne consultent plus pour des problèmes initiaux. »(E6).*

Dans toutes les situations d'incertitude diagnostique, le médecin doit faire preuve d'une disponibilité envers son patient, il doit lui faire comprendre qu'il faut surveiller l'évolution et reconsulter si besoin : « *Si ça n'a pas fait effet, vous me rappellerez dans une semaine ou deux, et on passera au plan B »(E2), « Il faut toujours laisser la porte ouverte, soit parce que ça ne passe pas, soit parce que ça a évolué, la consultation est légitime. »(E2)*

Lorsque le médecin pense à une cause bénigne mais ne peut pas donner de diagnostic précis, il faut arriver à donner au patient une durée approximative maximale aux symptômes et lui faire comprendre qu'au-delà, une nouvelle consultation est nécessaire. Il est important de donner des indications de temporalité au patient : « *Ils ont vachement mal à la gorge et pour moi elle est nickel, je leur dis « je ne sais pas ce que vous avez mais il faut que ça passe, si ça ne passe pas dans une semaine vous revenez »*(E7). En effet, les symptômes évoluent souvent, lorsqu'ils ne sont qu'à des balbutiements, il faut expliquer au patient qu'il est sûrement trop tôt pour évoquer une hypothèse diagnostique : « *Les symptômes que je ne sais pas expliquer, s'ils ne passent pas, il faut que les gens reviennent, parce que si je n'ai pas d'explications, peut-être qu'il va se passer autre chose et qu'il faut continuer à chercher »*(E7).

b- Rassurer

L'incertitude diagnostique est une situation inconfortable, qui peut être pourvoyeuse de stress, à la fois pour le patient et pour le médecin. La communication est un moyen fort de réassurance et permet de maintenir une relation de confiance avec son patient.

❖ Le patient

Le fait que le médecin expose son raisonnement peut rassurer le patient, surtout lorsqu'il existe une inquiétude concernant la gravité de la symptomatologie. En pédiatrie par exemple, dire explicitement qu'on élimine les urgences et les énoncer une à une rassure les parents et aide à obtenir leur adhésion pour la suite de la prise en charge : « *Tout ce qu'ils veulent en passant la porte c'est qu'on les rassure, du coup je leur dis « c'est probablement*

un virus, il n'y a pas d'otite, pas d'angine, pas de syndrome méningé », vous pouvez rentrer serein, vous mouchez bien »(E6).

Il est évident que cette réassurance passe par des explications approfondies, citées au chapitre précédent. Donner une conduite à tenir si la situation s'aggrave permet de donner les armes au patient pour affronter cette situation et peut aider à se sentir bien pris en charge : « *Si il y a des frissons, ou une aggravation, il faut qu'elle appelle ou qu'elle passe aux urgences.* »(E1) ; tout comme le fait de se montrer disponible quelle que soit l'évolution : « *on peut faire des examens et puis on verra, je vous rappelle demain* »(E1), « *vous surveillez bien les symptômes et sous 48, si jamais ce n'est pas mieux, vous revenez me voir* »(E6).

Nommer ce que le patient a est important, que ce soit le diagnostic ou une hypothèse : « *ils ont besoin de quelque chose à quoi se rattacher, un mot final, pour qu'ils puissent dire ce qu'ils ont.* »(E7). Le simple fait d'expliquer et de faire une synthèse en fin de consultation reprenant l'hypothèse principale ou décrivant la situation en termes positifs permet de rassurer le patient. Le médecin doit montrer de l'assurance, même en situation d'incertitude : « *Je ne sais pas ce que vous avez, je pense fortement que c'est ça, on fait le bilan pour éliminer d'autres choses* »(E4).

Le vocabulaire employé est primordial. On peut ainsi minimiser la gravité de la situation : « *Je ne suis pas certain mais je pense que c'est juste viral* »(E1), écarter l'urgence de manière claire : « *si c'est bactérien de toute façon, il n'y a pas d'urgence maintenant* »(E1), relativiser la situation dans le temps : « *on peut essayer d'attendre* »(E1), « *ces 4h de patience, il ne va pas vous arriver malheur entre temps* »(E2), « *il n'y a pas de gravité, ça peut attendre* »(E6).

Dans l'incertitude diagnostique qui dure, voire dans une situation sans diagnostic final, le médecin peut évoquer tout ce qu'il a éliminé pour tenter de rassurer le patient : « *Je leur explique : « je n'ai pas trouvé de ma-la-die (en insistant), tout ceci n'est pas pathologique » »(E7).*

Chaque médecin peut trouver sa propre formule et essayer de rassurer le patient avec ses mots, le fait de connaître le patient peut aider à bien les choisir. Employé à bon escient, le langage peut être une partie intégrante du soin. Par exemple, en employant des termes positifs et en plaçant le patient comme sujet, acteur de sa propre guérison, le médecin dédramatise l'incertitude : « C'est ma phrase classique : « *on ne sait pas de quoi vous allez guérir mais si vous guérissez on n'en parle plus* »(E7). Il peut également rappeler les capacités du corps humain à se soigner, le patient devient alors détenteur d'un pouvoir : « *Je leur dis que la capacité du corps est quand même impressionnante, on cicatrise tout seul pour beaucoup de choses, tout ne relève pas de la médecine.* »(E7).

Le médecin peut aussi relativiser la gravité d'une erreur d'orientation diagnostique, en disant « *si à l'inverse c'est de l'eczéma, ce n'est pas grave* »(E2), en donnant d'emblée la conduite à tenir d'une deuxième hypothèse et en se rendant toujours disponible : « *vous me rappellerez dans une semaine et on passera au plan B* »(E2). Ainsi, le médecin expose subtilement qu'il a le droit de se tromper et que ça ne dégrade pas la prise en charge, il fait accepter ce droit à l'erreur au patient.

Dans une situation de grande incertitude avec une gravité potentielle, le médecin tente de trouver tous les moyens possibles pour se raccrocher à une note d'espoir et pour essayer de rassurer son patient, il peut notamment s'appuyer sur des éléments de l'examen

clinique qui sont rassurants malgré la situation complexe : « *Bon, j'avais un examen neurologique normal donc j'essaie d'être rassurante envers la patiente.* »(E4). Expliquer et verbaliser que l'on écarte l'urgence reste le meilleur moyen de réassurance dans ces situations : « *Je suis toujours rassurante en lui disant que justement si elle est là dans mon cabinet et pas à l'hôpital, c'est qu'il n'y a rien d'urgent, il n'y a pas de danger dans l'immédiat.* »(E4).

Lors de l'examen clinique, commenter ce que l'on constate et faire part de notre raisonnement permet de rassurer le patient : « *Je leur dis souvent « l'examen de l'abdomen est rassurant, on a un abdomen bien souple », je leur explique que je n'ai pas de réaction de défense qui nous ferait avoir une prise en charge en urgence... j'essaie toujours d'avoir des mots qui sont clairs.* »(E6).

La communication prend une place majeure dans ces consultations et en dehors de ces consultations, afin de rassurer le patient, il est bon de le tenir au courant de l'évolution régulièrement : « *A chaque fois que j'ai eu les internistes, je la rappelle pour la tenir au courant, donc c'est vrai qu'elle est rassurée, elle m'a même fait des petits dessins...* »(E4).

Il faut faire comprendre au patient que c'est une démarche évolutive, un cheminement vers le diagnostic et que l'on reste dans une dynamique de mouvement : « *On avance petit à petit vers le diagnostic* »(E4), « *en attendant, on va faire ça et ça pour essayer d'y voir un peu plus clair, et on verra après.* »(E5)

La communication seule est parfois insuffisante pour rassurer le patient. Lorsqu'il craint un diagnostic plus grave, les seuls mots du médecin ne sont pas toujours efficaces, d'autant plus en situation d'incertitude où il ne peut pas écarter ce diagnostic formellement : *« tu ne peux pas affirmer à 100% que tu ne trompes pas »*(E6). C'est pourquoi cette réassurance demande parfois un ou des examens, que le médecin sait non indispensables mais qui lui permettent de dire avec certitude : *« on a tout éliminé maintenant, ça confirme ce que je pensais »*(E6). En effet certains patients sont demandeurs d'examens et ne sont pas complètement rassurés tant qu'ils ne l'ont pas eu : *« La majorité des gens préfèrent d'emblée avoir les examens et faire le maximum. »*(E6).

Cela confirme que pour rassurer son patient, il faut savoir l'écouter, entendre ses craintes, essayer de comprendre son point de vue et accepter ses croyances sans forcément essayer de les réfuter systématiquement. Un patient très anxieux ne pourra pas toujours se contenter d'une explication rationnelle, il faut savoir le considérer lui et son histoire personnelle pour pouvoir le prendre en charge du mieux possible, quitte parfois à faire des concessions sur sa pratique médicale.

Pour ces patients, plus anxieux, exposer l'incertitude peut parfois être délétère. Ils ont tendance à être plus rassurés par un diagnostic tranché et préfèrent ne pas connaître le doute du médecin : *« Pour ce type de patients, c'est vrai qu'ils ont besoin que tu sois tranchant, histoire que ça ne rumine pas trop en sortant du cabinet »*(E2). Pour ne pas majorer cette anxiété, le médecin peut parfois avoir recours au mensonge, dans des situations précises, développées plus loin.

❖ Le médecin

Au delà de se rassurer avec des examens complémentaires, une consultation avec le spécialiste ou des recherches personnelles, le médecin peut se rassurer en communiquant.

La communication avec son patient permet au médecin de gérer ses émotions. En effet, dans une situation d'incertitude complexe, le fait de partager son doute, de discuter des hypothèses diagnostiques, d'écouter l'avis du patient lors d'une discussion ouverte rassure également le médecin, surtout lorsqu'il arrive à créer une alliance, à obtenir l'adhésion du patient à la prise en charge : « *Tout est dans la discussion, c'est un peu le modèle collaboratif* »(E6).

Faire une synthèse avec son patient en fin de consultation permet de cadrer ses pensées et de se rassurer : « *La gestion des émotions du patient et de tes propres émotions, elle passe par le fait d'expliquer ce que tu vas faire, et toi en même temps tu te dis : « oui c'est cohérent ma démarche, ça suit bien ce que j'avais en tête donc on va aller dans ce sens là »* »(E6) ; « *J'essaie toujours d'expliquer mon raisonnement, et l'explication qui me rassure je la leur donne à eux* »(E7).

Ecarter la gravité de la situation et éliminer les urgences verbalement peut aussi renforcer le sentiment de contrôle du médecin et le conforter dans sa prise en charge : « *Si c'est bactérien, de toute façon, il n'y a pas de risque maintenant* »(E1), tout comme rappeler le peu de risque d'un traitement d'essai : « *on va tester le moins emmerdant* »(E2).

Afin d'éviter de faire une erreur diagnostique ou de passer à côté de quelque chose, le médecin peut donner des armes au patient pour prendre en charge la situation, il n'est plus tout seul et trouve ainsi un allié dans la quête diagnostique. Ceci passe par l'éducation du patient, lui donner les signes à surveiller et la consigne de reconsulter si jamais la

situation perdue ou évolue : « *Quand même, si ça ne s'améliore pas, vous revenez me voir* »(E2). Recontacter le patient et prendre des nouvelles par téléphone permet aussi de se rassurer : « *J'ai le petit moulin dans ma tête, ça m'arrive de rappeler des patients* »(E4).

Le fait de ne pas se sentir seul dans une situation d'incertitude complexe permet d'être plus serein. Le médecin peut se rassurer et se conforter dans sa prise en charge par le biais de la communication avec un confrère : « *Quand ton collègue te dit « je suis d'accord avec toi, j'aurais fait pareil », ça fait du bien, ça diminue le stress.* »(E2) ; ou avec un spécialiste : « *L'incertitude est toujours présente mais mon ressenti c'est qu'on se rassure, on n'est pas complètement isolé dans notre trou à gérer cette incertitude, même si on est intimement convaincu que ce n'est pas grave, on se rassure en faisant appel au spécialiste.* »(E4); « *Je m'oriente rapidement vers mes pairs, pour m'aguiller, m'aider, me rassurer* »(E4) ; « *On aime savoir qu'on peut compter sur les spécialistes* »(E5).

c- Honnêteté/transparence

L'honnêteté est une valeur chère dans l'esprit collectif, qui semble être primordiale pour figurer au rang des « bons médecins ». Tous les médecins interrogés disent en faire preuve, chacun jugeant de la quantité d'informations qu'il donne à son patient. Certains agissent de manière totalement transparente et en font une priorité : « *c'est vraiment un de mes chevaux de bataille depuis que je suis installée, c'est de savoir le reconnaître quand tu ne sais pas* »(E6), d'autres pensent qu'on ne peut pas tout dire au patient : « *on ne peut pas leur présenter toutes nos hypothèses* »(E8). Avouer son doute, dire qu'on ne sait pas est la

première étape pour communiquer de manière honnête : « *je lui ai dit « je n'en sais rien, vraiment je ne sais pas »(E6).*

Faire preuve de transparence avec son patient est une question qui se présente lors de la mise en place d'un traitement d'essai. Certains médecins choisissent le versant de l'honnêteté, ils expliquent ne pas savoir le diagnostic, essayer ce traitement qui n'est peut-être pas le bon : « *je n'hésite pas à dire que je ne sais pas, je leur dis « écoutez, j'hésite entre les deux, on fait un jour sur deux ou autre»(E7),* bien qu'ils soient conscients que le patient ait du mal à accepter le doute : « *Je sens bien que le patient n'apprécie pas »(E7).*

D'autres médecins préfèrent parfois garder ce raisonnement pour eux et ne pas révéler que c'est l'efficacité de ce traitement qui leur permettra de faire le diagnostic ou non. Alors qu'ils ont en tête une hypothèse, ils la présentent comme un diagnostic et donnent le traitement approprié : « *Si je pense que c'est une mycose, j'affirme le diagnostic et je réévaluerai si ça n'évolue pas comme il faut. Je ne vais pas dire : « Je vous donne ça, parce que je pense que c'est ça, mais je me trompe peut-être, ça peut être autre chose », non je ne présente pas ça comme ça »(E8).*

Il arrive de faire des erreurs, le médecin ne choisit pas tout le temps de l'avouer mais cela est parfois inévitable pour poursuivre une prise en charge de qualité : « *Je suis toujours claire et honnête et quand je me trompe, je le dis aussi »(E4).* Bien que le médecin puisse avoir peur de perdre la confiance du patient, celui-ci peut apprécier son honnêteté. En effet, cela peut renforcer la relation en repositionnant le médecin au même rang que celui du patient, celui d'un humain lambda qui a le droit de se tromper, qui fait des erreurs, comme

tout le monde. Le patient peut se sentir plus proche du médecin et ne pas juger cette erreur comme négative.

Le médecin peut aussi faire preuve d'honnêteté concernant la qualité relationnelle avec le patient. Lorsqu'il existe un désaccord profond, une mésentente voire un conflit, le médecin peut signaler qu'il pense ne pas être la meilleure personne pour soigner ce patient : *« Il y a des gens avec qui je ne m'entends pas, à qui je dis « vous voyez bien qu'on ne va pas bien ensemble, ça serait peut-être bien d'aller voir quelqu'un d'autre » »*(E7). En connaissant ses valeurs et la manière d'exercer qui lui convient, le médecin exerce plus sereinement, quitte à ne pas satisfaire les attentes du patient : *« au bout de la énième fois, on s'énerve, on leur dit ce qu'on pense et on finit par ne plus les revoir »*(E5).

Partager l'incertitude permet de se décharger d'un poids, le médecin peut évoluer au cours de sa pratique vers une communication plus franche, ayant trouvé par là, un moyen d'amoindrir son stress : *« Quand on était jeunes, on avait nos tracas, on ne disait rien, on pouvait le cacher un peu au patient, des fois on n'en dormait pas la nuit...alors que maintenant je n'hésite pas, je suis totalement transparente. »*(E7).

Lorsque le médecin sait qu'il n'y aura pas de prise en charge efficace face à un symptôme en particulier, il peut essayer des traitements et espérer que cela passe ou bien dire la vérité au patient en lui expliquant que la médecine ne peut pas tout résoudre, que certains traitements sont peu efficaces : *« Le patient est capable d'entendre que la médecine a ses failles. Je pense aux acouphènes, c'est pénible pour les patients, ça les fait sourire quand je leur dis : « je suis désolée mais en médecine on est nuls pour les acouphènes, on n'a pas de*

thérapeutiques efficaces, on peut aller voir l'ORL mais il vous dira sûrement qu'il n'a pas de solution » »(E6).

Enfin, le médecin doit aussi être honnête avec lui-même et accepter ses limites : *« il faut connaître ses limites de compétence et savoir passer la main quand tu en as besoin »(E6)*, les dévoiler à son patient demande de l'humilité : *« Je crois qu'il faut être honnête avec les gens, l'humilité en médecine générale, ça ne mange pas de pain »(E2).*

d- S'adapter au patient

Dans la vie de tous les jours, de manière totalement inconsciente, nous analysons la personne en face de nous. Nous décryptons en permanence des signaux sur son attitude, sa posture, ses mimiques, son intonation de voix, son vocabulaire etc, et nous adaptons notre interaction sociale en réponse à ces signaux. Les psychiatres parlent d'interactions sociales réciproques, cela représente le fait de pouvoir pressentir ce que pense la personne en face de nous, de lui attribuer cette pensée et d'être capable de s'ajuster en interprétant les indices émotionnels et interpersonnels. Ces mécanismes sont altérés dans les troubles du spectre autistique.

Cette analyse se déroule lors de chaque interaction sociale, elle se retrouve donc lors d'une consultation médicale. Le médecin, en plus des procédés inconscients qui se déroulent, peut évaluer le patient de manière consciente et prendre ce ressenti en compte pour élaborer une communication adaptée à son interlocuteur. Ainsi, le médecin doit s'adapter continuellement au patient qu'il a en face de lui : *« Je ne vais pas avoir le même discours avec tous les patients »(E4)*, *« chaque consultation est particulière, chaque patient est particulier »(E8).*

En situation d'incertitude, il doit utiliser des mots simples pour que les explications soient le plus claires possibles. Face à un patient anxieux, il rassure au maximum en éliminant les urgences oralement, parfois en évoquant le doute à demi-mot ou en donnant un diagnostic plus tranché d'emblée.

Ce travail d'adaptation est rendu plus facile pour un médecin généraliste installé, qui connaît ses patients, leurs craintes, leur caractère etc : « *c'est l'avantage de la médecine générale, c'est que tu connais bien tes patients...tu peux les mettre dans des catégories* »(E2). Le médecin se trouve en territoire connu et peut jouir d'une meilleure qualité relationnelle qui facilite la communication : « *de manière générale, ils ont confiance en leur médecin* »(E5).

Au fur et à mesure du temps, la patientèle s'adapte également au médecin, si bien que la communication se déroule plus aisément, souvent dans une bonne entente : « *La plupart des mes patients adhère à ma manière de travailler. Je dirai que c'est ça avoir sa patientèle, on se va bien mutuellement* »(E7).

e- Le mensonge

Bien que cela soit difficile à avouer, un des moyens de gestion de l'incertitude diagnostique passe par une communication habile employant le mensonge, dans le but principal de rassurer le patient. Bien entendu, mentir à son patient n'est tolérable que lorsqu'il s'agit d'une situation d'apparence tout à fait bénigne, ce mensonge ne comporte aucun risque et ne met pas en péril la santé du patient. Il est plutôt la réponse à une demande de diagnostic, réelle ou ressentie, que le médecin ne peut fournir, souvent car il ne connaît pas la réponse.

Des symptômes bénins peuvent vite être considérés sans gravité et souvent sans importance par le médecin, cependant le patient y accorde une importance puisqu'il fait la démarche d'en demander l'origine : « *On parle d'un diagnostic qui n'a aucun intérêt, comme l'exemple de la piquée dans le lobe de l'oreille gauche il y a quinze jours qui n'a pas duré.* »(E2). Cela représente des situations où le médecin ne peut pas donner de diagnostic, ni même d'hypothèse et ne considère pas qu'il faille faire plus d'investigations pour en chercher : « *on sait qu'il n'y a rien* »(E5).

Le médecin peut alors choisir de dire à son patient « je ne sais pas » ou bien inventer une explication qui rassure le patient : « *il faut inventer dans ces cas-là, et on devient très inventif* »(E4).

Dire qu'il ne sait pas mais qu'il ne veut pas chercher la cause peut être dur à faire accepter au patient : « *C'est difficile de dire qu'il n'y a rien parce qu'ils veulent avoir une réponse ou un diagnostic... je leur dis « ce n'est pas grave, il n'y a rien à faire* »(E5). L'option du mensonge peut alors être envisagée : « *là, je peux me permettre d'inventer un truc parce que le « je ne sais pas » ou le « ça ne m'intéresse pas », ce n'est pas acceptable pour le patient, c'est mal vécu je crois* »(E2).

Cette croyance du médecin détenteur du tout savoir, capable de répondre à toutes sortes de questions, est encore assez répandue et peut représenter une pression : « *Il ne faut pas attendre qu'on explique la moindre des petites choses qui leur soit arrivée* »(E7). Dans certaines situations, il est plus facile de ne pas démolir ce mythe et de fournir une réponse au patient : « *J'ai tenté plusieurs fois de dire « je ne sais pas », point. Il m'a semblé que les patients le vivaient super mal... c'est mon ressenti, mais je crois qu'ils préfèrent une réponse alambiquée mais une réponse.* »(E2).

L'explication donnée peut être dénuée de fondement médical : « *Quitte à en inventer une très tarabiscotée et espérer que l'interne ne soit pas là, avec un sourire moqueur* »(E2) ou bien présenter aux yeux du médecin une certaine cohérence : « *je vais dire un truc qui peut à la limite être cohérent mais très alambiqué quand même, un petit nerf qui s'est coincé...* »(E2) ; « *essayer de trouver un truc pseudo-physiologique qui pourrait coller* »(E4).

Le seul fait que le médecin donne une explication rassure le patient : « *C'est tiré par les cheveux mais au moins c'est une réponse.* »(E2) ; « le patient va se dire « *c'est bon elle m'explique, je n'ai pas tout compris mais elle m'explique c'est qu'elle sait ce que j'ai et que ce n'est pas grave.* » »(E4).

Cette recherche de signification à des symptômes bénins est souvent retrouvée chez des patients anxieux, le médecin peut signaler au patient cette origine psychique en plus de lui fournir une explication somatique : « *C'est typiquement tous les troubles anxieux généralisés, les patients qui disent « je ne suis pas stressé », mais qui le sont, tout prend une proportion dingue, il faut quand même leur dire qu'il y a certainement de l'anxiété qui majore le symptôme, qu'ils en aient un peu conscience.* »(E4).

Le mensonge n'est pas le seul moyen de répondre à ces symptômes bénins. Il n'est pas toujours nécessaire de trouver une explication, elle donne une certaine crédibilité au médecin mais celui-ci peut aussi se contenter d'exclure la gravité sans aller plus loin : « *quand c'est des petits tracas, je leur dis « ce n'est pas grand-chose, je ne sais pas exactement ce qu'il en est mais pour moi ce n'est pas grand-chose* »(E6), cela peut parfois suffire à rassurer le patient.

Chaque médecin agit selon ses valeurs, on peut très bien ne pas inventer d'explication et faire preuve de franchise dans ces situations qui peuvent parfois irriter : « *Je me souviens*

une fois avec une dame, je me suis énervée, je n'en pouvais plus, j'ai été franche et elle n'est pas revenue.... Au bout de la énième fois, on finit par leur dire ce qu'on pense» (E5), « ça je passe, j'en ai marre, je leur dis « grand bien vous fasse » »(E7) ; le patient étant libre de changer de médecin : « elle a été en voir un autre, en général, ces gens-là font plusieurs médecins.... c'est des patients qui ne reviennent pas, ils vont chercher une réponse ailleurs je pense»(E5).

f- Décision partagée

Il est devenu courant d'intégrer le patient dans la prise en charge, notamment par l'éducation thérapeutique lors d'une maladie chronique. Cela est aussi possible lors d'une prise de décision en situation d'incertitude diagnostique.

Le modèle paternaliste a longtemps été la norme dans la relation médecin-patient. Il se justifiait par le savoir que le médecin était seul à posséder, il était donc seul à prendre la décision : « Si on remonte 50 ans en arrière, c'était très paternaliste...et le patient était différent aussi, il n'attendait pas qu'on lui donne des explications, il allait juste voir le gars qui a le savoir... les gens avaient moins accès à l'information »(E6). Ces dernières décennies, principalement avec l'avènement d'Internet , ce merveilleux outil qui met le savoir à disposition du plus grand nombre, le patient a évolué et la relation avec son médecin aussi : « C'est l'évolution de la relation médecin-patient, maintenant les gens ont déjà leur petite idée en venant..., ils ne se disent plus « je m'en fous, je veux juste qu'on me soigne », aujourd'hui ils veulent pouvoir intégrer leur prise en charge, ils veulent comprendre, enfin la majorité d'entre eux »(E6).

Bien loin d'imposer leur prise en charge, la nouvelle génération de médecin proposerait des solutions, particulièrement en situation d'incertitude où le doute est

partagé « *Je ne suis pas très paternaliste, c'est un peu la nouvelle génération où on impose peut-être un peu moins les choses... c'est souvent dans la discussion* »(E6). Le patient est considéré comme capable de participer à sa prise en charge, la décision est prise ensemble ce qui renforce la relation de confiance et permet de cheminer vers le diagnostic plus sereinement pour le patient et pour le médecin.

La formation des jeunes médecins intègre désormais l'EBM (Evidence based medicine) comme pilier de la décision médicale. L'EBM combine à la fois les preuves scientifiques, les connaissances du médecin et le choix du patient.

La décision médicale est donc fondée sur les données de la recherche, sur l'expérience clinique du médecin et sur les préférences du patient. Ce dernier est désormais intégré au cœur de la prise de décision, cela permet d'évoluer progressivement vers une médecine plus personnalisée qui adapte les données scientifiques obtenues sur un échantillon de population à une personne en particulier, qui adapte également le savoir du médecin à l'avis du patient et à ses préférences.

Prendre en compte l'avis du patient peut nous diriger vers une hypothèse diagnostique plutôt qu'une autre, il s'agit alors d'une décision partagée. Donner des explications approfondies au patient en présentant les hypothèses diagnostiques lui donne la capacité de se faire son propre jugement, son avis peut alors être utile et légitime puisque c'est bien son corps qui ressent les symptômes et sa santé qui est en jeu : « *Je propose un peu les différentes solutions au patient et on discute ensemble* »(E6).

La conduite à tenir peut aussi être discutée avec le patient, le médecin peut demander son avis pour juger du retentissement fonctionnel des symptômes, de la gêne

occasionnée, de la place de la maladie dans la vie du patient et ainsi orienter une prise en charge plus ou moins poussée ou un traitement plus ou moins fort en fonction de ce qui en ressort : « *Je leur dis : « Moi je ferais comme ça, qu'est-ce que vous en pensez ? » »*(E6). Le patient peut aussi donner son avis spontanément et modifier une prise en charge : « *des fois, ils sont capables de dire « mais vous ne trouvez pas que c'est un peu trop ? », tu leur réponds ; « peut-être, parce que vos douleurs sont tolérables ? » donc on s'adapte»*(E6).

Le médecin garde tout de même son propre jugement et doit savoir refuser une proposition en l'expliquant au patient : « *Je pense que discuter avec ton patient et savoir lui expliquer le pourquoi du comment tu es d'accord ou tu n'es pas d'accord, c'est important »*(E6).

g- Développer la confiance (en soi et envers les autres)

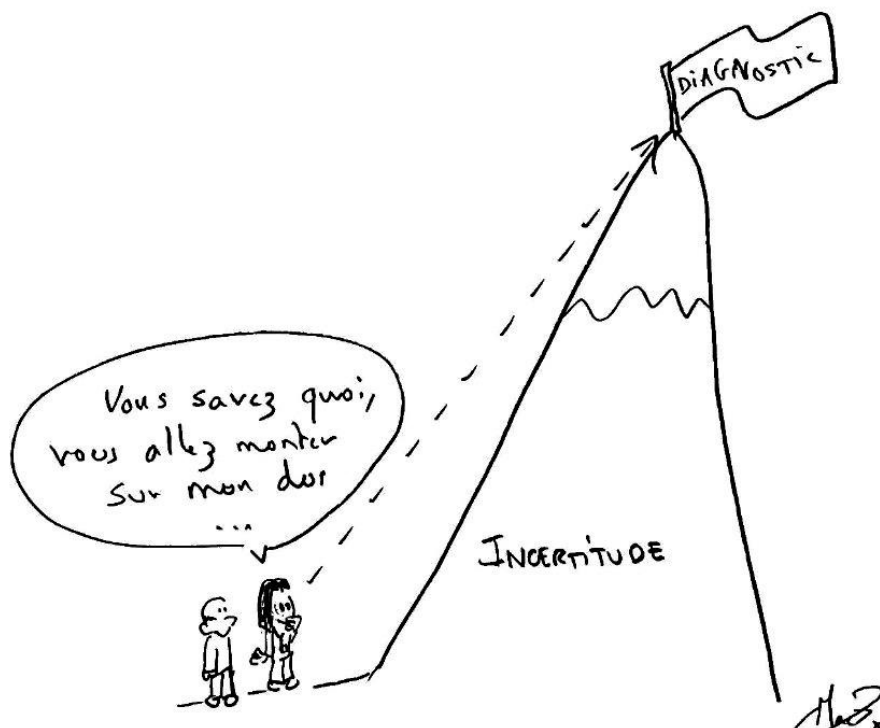
Nous l'avons vu, les situations d'incertitude diagnostique amènent des difficultés que le médecin doit surmonter, sans parfois toutes les identifier. Comme dans beaucoup de situations rencontrées dans la vie, les difficultés sont plus facilement surmontées à deux ou à plusieurs.

Lorsqu'il arrive à gagner la confiance de son patient, l'incertitude diagnostique n'est plus un problème, un défi que le médecin relève seul mais bien un cheminement, une épreuve d'équipe qu'il entreprend accompagné d'un allié.

La communication semble être le moyen le plus efficace pour souder cette alliance, pour maintenir cette confiance. Elle est la clé pour obtenir l'adhésion du patient à la prise en charge, pour l'y associer de manière directe, pour effectuer un suivi adapté, pour minimiser le risque d'erreur et même s'il y a erreur, c'est elle qui permet de maintenir une relation de qualité.

Comme nous l'avons dit précédemment, la confiance en soi du médecin s'acquiert principalement avec l'expérience. Les patients font naturellement plus facilement confiance à un médecin expérimenté. Cependant, même avec peu d'expérience, la confiance peut se créer par le biais d'explications claires et par une considération importante du patient et de son avis au sein d'une discussion ouverte. La confiance envers son médecin n'est pas seulement basée sur son niveau de connaissances, elle prend aussi naissance dans l'interaction sociale, par l'impression générale qui se dégage du médecin. Savoir expliquer et intégrer son patient à la prise en charge est naturellement plus facile pour certains qui inspirent la confiance dans leur manière d'être : que ce soit par un langage clair, une attitude calme, une voix posée, un visage accueillant etc.

Il faut donc se faire confiance pour inspirer la confiance et communiquer pour renforcer la relation avec son patient, afin que le cheminement vers le diagnostic se fasse ensemble.



Communiquer avec son patient, de manière honnête en lui fournissant les informations nécessaires à une intégration directe à la prise de décision est donc un moyen essentiel de gestion des situations d'incertitude diagnostique.

Ce partage, cet échange favorise une relation de confiance et permet une prise en charge plus sereine, la communication fait donc partie des moyens de gestion des émotions.

4.3.3 Gestion de ses émotions

Une émotion est un « trouble subit, une agitation passagère... habituellement provoquée par une stimulation venue de l'environnement », selon la définition du dictionnaire Larousse. Les émotions agissent sur nos comportements quotidiens, nos perceptions et nos choix. On ne peut pas contrôler leur apparition, on peut cependant essayer de réguler leurs conséquences, si bien qu'on arrive à les identifier.

En psychologie (11), il est décrit six émotions primaires : la joie, la colère, la tristesse, la peur, la surprise et le dégoût, lesquelles renferment différentes nuances. Il est important de se rendre compte de leur existence et du rôle qu'elles peuvent jouer dans nos prises de décision, qu'elles constituent un facteur motivationnel ou un frein. Gérer ses émotions c'est « apprendre à faire avec », puisqu'il n'est pas possible ni bénéfique de les contrôler ou de les annuler. En les identifiant, il peut par contre être utile de reconnaître leur rôle dans la genèse de nos pensées et de nos actions, afin qu'elles ne prennent pas une place prédominante lors de la prise de décision.

Comme n'importe quelle situation, la situation d'incertitude diagnostique est pourvoyeuse d'émotions pour le médecin. Selon la situation et la personnalité, ces émotions peuvent être plus ou moins ressenties, elles peuvent passer quasiment inaperçues et se terrer dans un coin de l'esprit comme apparaître en plein jour et déstabiliser la personne. Quelle que soit son intensité, l'émotion a une influence, plus ou moins grande, sur la décision et donc partiellement sur la prise en charge du patient. Les différents sujets interrogés en étaient plus ou moins conscients mais chacun avait sa manière de les appréhender.

a- Gestion consciente

❖ Appréhension/ Inquiétude

L'appréhension d'une erreur diagnostique est fréquente chez le médecin généraliste qui n'a souvent que des hypothèses initiales. En dehors des situations bénignes et courantes, la situation d'incertitude diagnostique provoque souvent de l'inquiétude, qui peut être plus ou moins ressentie selon la personne et la gravité potentielle de la situation. Le stress pointe le bout de son nez au fil de la journée et peut devenir désagréable pour le médecin. Dans le pire des cas, il devient toxique et compromet l'exercice du métier, d'où l'intérêt d'un travail sur les émotions.

Une manière de faire face à cette peur et à l'état de stress qui en découle est le partage. Le travail en cabinet de groupe a été nettement valorisé comme permettant cet échange de manière régulière : « *l'essence même de la maison médicale, c'est d'échanger et de partager, à la fois ses incertitudes mais aussi son stress* »(E2), « *il ne se passe pas une*

semaine sans qu'on s'interpelle sur les cas des uns et des autres »(E2). La communication est donc un moyen fort de gestion des émotions, clairement identifié par les médecins.

Partager son stress et diminuer ses effets négatifs peut se faire en communiquant directement sur le sujet : *« quand on te dit : « je suis d'accord avec toi, j'aurais fait pareil », ça fait du bien, ça diminue le stress »(E2),* comme il peut être partagé implicitement, juste en sachant ne pas être seul si la situation devient compliquée. En effet, la simple présence d'un collègue sur place peut rassurer le médecin : *« Concernant le stress, je suis incapable de travailler tout seul, j'ai besoin d'une présence, même si je ne vais pas forcément la solliciter »(E2) ; « c'est rassurant de savoir qu'on peut demander à son collègue ce qu'il en pense, on n'est pas tout seul »(E5).*

L'échange et la communication ouverte avec le patient est également un très bon moyen de ne pas se laisser envahir par la peur. Lorsque le doute est partagé avec le patient, il devient plus léger à porter, le médecin n'est plus tout seul. Donner suffisamment d'informations aux patients sur la situation actuelle, lui présenter les hypothèses diagnostiques et les prises en charge possibles, permet au médecin de renforcer son raisonnement intérieur mais permet surtout au patient de devenir acteur de sa prise en charge. Une fois informé, il peut prendre part à la décision et adhérer plus facilement à la prise en charge. Cette communication renforce la relation de confiance, permet de rassurer le patient et diminue l'appréhension du médecin : *« Gérer ses émotions et celles du patient, ça passe forcément par la communication, je pense que c'est la solution »(E6).*

L'échange avec un spécialiste, pour avoir un autre avis que le sien est aussi reconnu comme un moyen de faire face à la peur, notamment celle de passer à côté de quelque chose de grave : *« son rendez-vous elle l'a au mois de juillet, mais j'ai quand même pu avoir l'interne*

de neuro qui allait dans mon sens en me disant qu'il n'y avait rien d'urgent... l'incertitude est toujours présente mais mon ressenti c'est qu'on se rassure »(E4) ; « on aime savoir qu'on peut compter sur les spécialistes»(E5).

Cependant, dans certaines situations, cette demande d'avis peut amener un sentiment de honte qu'il faut savoir surmonter en privilégiant une prise en charge de qualité pour le patient, tout en se rappelant que cela tend à améliorer sa pratique future : *« au début j'avais un peu honte, un peu peur qu'on me juge, de la part de mes confrères et des spécialistes... les courriers sont bienveillants mais parfois entre les lignes tu peux lire « tu n'aurais pas forcément eu besoin de l'envoyer », mais tant pis, je me dis « la prochaine fois j'essaierai de faire mieux. » »(E6).*

Lorsqu'on reconnaît avoir fait des erreurs, la conscience de son stress et de la peur d'en refaire une est facilement identifiable : *« on fait des erreurs, j'ai déjà fait des erreurs... des gens qui sont décédés, ce n'est pas uniquement de ma faute mais c'est des choses qui travaillent. »(E4).* L'analyse d'une situation antérieure peut aider à trouver des moyens pour mieux appréhender une nouvelle situation d'incertitude par la suite, sans se laisser submerger par la peur de l'erreur. Par exemple, ici, cette médecin a mis en reflet l'importance d'un suivi plus rapproché : *« avec le recul, maintenant je n'hésite pas à faire revenir les patients, à les rappeler »(E4),* des recherches personnelles et d'une réflexion constante : *« on creuse, on se pose des questions, on cherche soi-même »(E4)* et d'une communication nécessaire : *« on demande à des gens qui sont compétents »(E4),* et de conclure *« c'est un peu comme ça que je gère »(E4).*

L'appréhension d'une erreur diagnostique se rapproche de la peur de la plainte juridique qui pourrait suivre si les conséquences de cette erreur étaient graves pour le patient. Cette peur peut facilement prendre une place importante dans la prise de décision du médecin lors d'une situation d'incertitude diagnostique : *« J'ai toujours peur de passer à coté d'un truc, et par les temps qui courent, c'est un peu plus procédurier... Tout l'enjeu de la profession, c'est d'arriver à travailler sans que ça vienne dicter ta prise en charge »*(E6). Un des moyens de diminuer cette peur est donc de ne pas prendre de risque et de faire le plus d'examens complémentaires possibles : *« le problème c'est cette obligation de moyens, faire le plus possible, et on ne me collera pas un procès derrière »*(E6).

❖ Colère/Contrariété/Frustration

Savoir que la pratique est influencée par cette peur, que certains examens sont demandés sans qu'ils soient réellement indiqués peut engendrer de la colère et de la frustration envers soi-même : *« tu as un peu l'impression de sauter à pieds joints sur tes principes, sur ce qu'on t'as appris et sur ce que tu as envie de faire »*(E6) ; *« c'est un peu frustrant, tu te dis que tu ne fais pas bien ton boulot, que tu es dans la surenchère et que ça coûte un fric monstre... »*(E6). Cette jeune médecin fait un grand travail d'introspection et reconnaît que ces examens sont parfois inutiles, mais qu'ils sont encore nécessaires pour se rassurer elle-même et pour rassurer le patient. Le manque de confiance en soi est reconnu, il est justifié et rendu légitime par le manque d'expérience : *« je suis presque obligée de faire le scanner, sinon il ne va pas me croire, c'est aussi lié au fait que je manque de confiance en moi »*(E6).

Le moyen de contrer cette colère de ne pas exercer comme on le voudrait est de reconnaître ses faiblesses et d'en tirer des leçons. C'est prendre conscience que l'on apprend beaucoup en exerçant et que notre pratique est amenée à évoluer pour s'améliorer : *« Il ne faut pas être imbu de sa personne, on apprend des millions de choses en six à neuf ans mais entre la théorie et la pratique, il y a un monde, c'est tout un autre apprentissage qui commence »*(E6). Il faut donc se persuader que l'on va s'améliorer, dès lors qu'on veut s'améliorer. Car c'est en pratiquant et en faisant des erreurs et des examens inutiles que l'expérience s'acquiert : *« au fur et à mesure que tu avances, tu te dis « les dix dernières fois que je l'ai fait ça ne m'a servi à rien, je ne le ferai plus. » »*(E6).

Bien que n'ayant pas été évoqué lors des entretiens, ces émotions comme la peur ou la colère pourraient être diminuées par des techniques de relaxation comme le yoga, la méditation, la visualisation positive. Ces méthodes sont peut être amenées à devenir plus fréquentes, leur bénéfice n'étant plus à démontrer.

b- Gestion inconsciente

❖ Peur/ Inquiétude

La peur est une émotion légitime en situation d'incertitude diagnostique avec un certain degré d'urgence ou avec une gravité potentielle. Elle est facilement identifiable par le médecin mais celui-ci cherche souvent à ne pas l'exprimer. Cette peur concerne la santé du patient en premier lieu, mais elle est aussi dirigée envers soi-même : la peur de se tromper, de faire une erreur potentiellement grave qui pourrait nuire au patient tout

comme au médecin, à sa carrière et à l'estime de soi. Cette peur a tendance à amplifier le doute et remet en question les capacités du médecin : « *j'ai eu des petits doutes* »(E1).

La peur d'une erreur diagnostique est très présente lorsque le médecin se questionne entre une prise en charge ambulatoire ou hospitalière. Il sait qu'il prend un risque en optant pour une prise en charge ambulatoire : « *Je n'ai pas voulu la faire hospitaliser mais il y avait quand même une petite part de risque* »(E1)

Concernant la prise en charge du patient, la peur peut amener le médecin à adresser son patient aux urgences de manière inadaptée ou trop précoce, bien que le fait de ne prendre aucun risque ne puisse pas lui être reproché. La peur fait surgir beaucoup de questions et peut entraver la prise en charge qui tend à devenir très précautionneuse. Au niveau personnel, la peur peut parasiter l'esprit du médecin, il peut ne pas se sentir à l'aise lors de la consultation et perdre un raisonnement rationnel tout comme il peut ressentir de l'angoisse en dehors du travail en repensant à la situation : « *j'avoue que j'y repensais chez moi...je n'étais pas tranquille* »(E1).

Souvent de manière inconsciente, les médecins adoptent des procédés pour appréhender cette peur et parvenir à ce qu'elle ne prenne pas un rôle majeur dans la prise de décision. L'un des moyens de gestion est d'obtenir rapidement des éléments visant se rassurer sur la bénignité de la pathologie. Le temps devient le facteur le plus important dans ces situations : « *je savais que j'allais avoir des résultats semi-rapides* »(E1). Cela passe souvent par des examens complémentaires, particulièrement une biologie, avec parfois des examens inhabituels demandés : « *J'ai demandé des hémocultures, ce que je ne fais jamais* »(E1).

Le médecin peut aussi adapter le suivi du patient : s'il est inquiet, il peut facilement programmer un contrôle plus rapproché lors d'une nouvelle consultation : *« j'ai quand même voulu la revoir »*(E1) ou d'un appel téléphonique par exemple.

De plus, pour contrer la peur qui vient facilement parasiter l'esprit en situation d'incertitude, le médecin fait face en reprenant les données objectives de l'examen ou de la biologie qui sont rassurants, il se rattache à son savoir, aux données rationnelles qu'il possède : *« J'y ai repensé dans l'après-midi, j'ai hésité à appeler et puis j'ai repensé à la clinique qui ne m'inquiétait quand même pas »*(E1).

La peur peut également se manifester sous la forme d'un stress d'anticipation des situations compliquées de la journée. Elle a été très bien exprimée par un médecin, qui la reconnaît clairement : *« c'est quand même un métier extrêmement pesant et stressant... tous les matins, j'ai ce petit stress de me dire « qu'est-ce que je vais voir aujourd'hui et comment je vais le gérer ? » »*(E2) mais qui ne la considère pas comme délétère : *« il est tout à fait gérable ce stress là, il ne me pourrait pas la vie »*(E2). Pour lui, cette peur existe et ne peut pas être maîtrisée, il faut donc l'accepter comme une composante inhérente au métier *« je la gère parce que c'est mon métier »*(E2), certains arriveront même à l'apprécier comme le funambule qui cherche le danger, grisé par le vide sous ses pieds.

De manière inconsciente, le médecin sait que la situation d'incertitude est plus facilement acceptée par le patient et par lui-même lorsque la relation de confiance est maintenue. Afin de diminuer la peur et l'angoisse d'une incertitude, le médecin préserve cette relation : *« il ne faut jamais les lâcher quand on ne comprend rien, il faut quand même garder le lien c'est important »*(E4), car il sait en son for intérieur qu'il est plus facile

d'avancer à deux, avec un allié qui suit ses pas plutôt qu'avec un patient méfiant qui douterait des propos de son guide et du chemin emprunté. Avec une confiance préservée, la situation d'incertitude diagnostique ne devient presque plus un problème, cette relation est capitale pour les médecins généralistes : *« Les patients sont assez confiants en règle générale, ils ont confiance en leur médecin et en ce qu'on leur dit, il y a un peu ça qui ressort dans la médecine générale. »*(E5)

❖ Colère/Contrariété/Frustration

Les situations d'incertitude diagnostique qui nécessitent une consultation avec un spécialiste pour obtenir le diagnostic final, mais ne représentant pas une urgence pour autant, sont fréquentes en médecine générale : des saignements digestifs, des douleurs épigastriques, une sensation d'arythmie non retrouvée à l'examen... Lorsque le délai pour avoir recours au spécialiste est long, cela peut contrarier le médecin généraliste qui aimerait pouvoir lever l'incertitude plus rapidement : *« le holter aura lieu dans six mois minimum et moi, je laisse se balader un monsieur avec une possible maladie embêtante pendant six mois. »*(E2), *« avec la démographie médicale actuelle, cela ne fait que s'accroître et ça me pèse très fortement »*(E2).

L'allongement des délais de consultation avec les spécialistes engendre du stress, le médecin peut facilement être irrité par ce manque de diagnostic dans la durée, se montrer impatient et agacé par son manque de pouvoir sur la situation : *« Mon temps de stress est corrélé à la date de l'examen ou la date de consultation avec le spécialiste. »*(E2).

Il existe peu de moyens de réduire ce stress et de contrer cet agacement, le médecin ne pouvant demander des consultations plus rapides pour tous ces patients sans un motif

impérieux. Dans ces situations, pour ne pas avoir à assumer la responsabilité de ce délai et pour ne pas se laisser envahir par des émotions négatives, le médecin peut s'en décharger en les jugeant comme totalement extérieur à lui : ce délai n'est pas de sa faute, la responsabilité n'est pas la sienne et ce stress ne vient pas de lui « *Ce stress est généré par une problématique que je ne maîtrise pas, il ne m'appartient pas à moi* »(E2). Le stress existe mais le médecin l'éloigne, fait en sorte qu'il ne l'atteigne pas : « *c'est mon stress mais je ne l'imagine pas comme un stress généré par ma propre personne... ce n'est pas un stress mauvais* »(E2). De cette façon, ce médecin nous dit entre les lignes qu'il faut savoir accepter les situations qu'il n'est pas possible de changer.

❖ Tristesse/Déception

La situation d'incertitude diagnostique met en lumière les faiblesses du médecin. Il sait déjà ne pas connaître toutes les pathologies, ni avoir la réponse à tous les problèmes rencontrés, mais l'incertitude, encore plus quand elle dure dans le temps, vient lui rappeler ses limites. Cela peut engendrer de la déception, cette petite pointe de tristesse pour ce qui n'est pas, pour cette personne qu'il aurait pu être, voire qu'il pense devoir être pour « être un bon médecin ».

Je n'ai pas trouvé d'outil d'évaluation du médecin généraliste dans la globalité de sa pratique. Le seul connu est la ROSP (Rémunération sur Objectif de Santé Publique), centré sur l'estimation de l'adhésion du médecin à des objectifs de santé publique, qui ne suffit pas à apporter une vision complète de la pratique médicale. Le médecin généraliste s'évalue donc en grande partie de façon subjective. Cette auto-appréciation en « bon médecin » repose notamment sur les connaissances qu'il possède et sur sa capacité à gérer des

situations complexes. L'incertitude diagnostique, mettant plutôt en lumière ce qu'il ne sait pas, peut donc engendrer une dépréciation personnelle, une remise en question de sa propre valeur: « *je me dis que je ne suis pas au top, que je pourrais mieux me documenter, lire plus de choses, que je pourrais faire mieux* »(E5).

Afin de lutter contre cette dévalorisation intérieure que chacun ressent à des degrés différents, le médecin peut relativiser, se remettre sur le même pied d'égalité que ses confrères en disant « *on n'est jamais au point nulle part de toute façon, on ne peut pas tout savoir de tous les côtés* »(E5). Il peut aussi contrer cette émotion en pensant à tous les domaines où il se sent plus à l'aise, en valorisant ses points forts, afin de rester dans une dynamique positive : « *Je suis plus à l'aise dans la cardiologie, chez les personnes âgées* »(E5) et en reconnaissant les efforts qu'il fait pour être ce bon médecin : « *je me dis que je fais de mon mieux* »(E5).

Lorsque l'incertitude dure et que le médecin ne trouve pas de diagnostic final, celui-ci peut avoir du mal à l'accepter, sa mission première étant de trouver le diagnostic : « *on est un peu payé pour poser du diagnostic... donc ce n'est pas toujours facile à vivre... j'ai besoin d'explications* »(E7). Cette déception envers soi-même s'accompagne d'une tristesse pour le patient qu'on n'arrive pas à aider : « *ce non-diagnostic ne les satisfait pas* »(E7), « *ça me fait de la peine parce que les gens sont mals eux, j'aimerais bien les rasséréner un peu* »(E7). Le patient peut alors se tourner vers la médecine alternative par exemple : « *ça m'ennuie pour eux, du fait que moi je ne trouve pas, il y a quelqu'un qui leur battit une maladie* »(E7), ce qui peut contrarier le médecin.

Afin de faire face à cette déception, le médecin peut choisir de se rattacher à ses connaissances, de réitérer ses explications afin de rassurer le patient en lui rappelant tout ce qu'il a éliminé : *« J'essaie toujours d'expliquer mon raisonnement, j'ai l'impression de rabâcher même, justement pour les rassurer et leur dire « on a fait tout ça »(E7)*. Il arrive ainsi à se rassurer lui-même et à se rappeler qu'il a bien fait son travail. Si le patient se tourne vers des alternatives pour trouver une réponse ailleurs, le médecin peut amoindrir sa déception en se mettant à sa place et en essayant d'en comprendre les raisons *« ils ont besoin de quelque chose à quoi se rattacher, sûrement que ça les satisfait »(E7)* ou en remettant en question ses propres croyances : *« c'est aussi la vision que j'ai du rien, peut-être effectivement qu'il y a une prise en charge un peu plus aidante à proposer à ces gens là »(E7)*.

c- Le déni

Parler de ses émotions n'est pas un exercice facile, y avoir été invité ne suffit pas. Un entretien en particulier a fait ressortir cette difficulté, le refus de reconnaître ressentir des émotions en situation d'incertitude me contrariait, je l'avoue, car au fond de moi, je savais que chacun en ressentait, encore fallait-il savoir les identifier. Il est apparu très clairement lors de cet entretien que ma question : *« quel genre d'émotions pouvez-vous ressentir dans ces situations ? »*, désarçonnait mon interlocuteur. Il exprima sa perplexité ainsi : *« L'émotion, qu'est-ce que vous voulez dire par là? Une émotion ? »(E8)*.

Cette émotion était pourtant bien présente, elle consistait surtout en de la déception, qu'il avait pourtant identifié : *« on n'est pas allé jusqu'au bout de ce qu'il fallait faire pour avoir le diagnostic... peut être la déception de ne pas pouvoir apporter un*

diagnostic tout de suite »(E8). Il existait aussi une pointe de colère de ne pas avoir pu aller dans la direction qu'il souhaitait et d'avoir perdu du temps : « quand quelqu'un vous lance sur une piste, vous êtes obligés d'aller dans cette voie... on a perdu un mois, un mois et demi... »(E8). Cette contrariété était dirigée en partie envers lui-même et pouvait amener de la culpabilité, qu'il est plus facile d'ignorer, mais que l'on sait présente au fond de soi, qu'on le veuille ou non : « Vous voulez dire quoi, un sentiment de culpabilité ? Je ne comprends pas bien »(E8).

Ainsi choisir de renier ses émotions, de les ignorer constitue en soi un moyen de gestion, un moyen de ne pas se laisser envahir par elles, de ne pas les laisser intervenir dans la prise de décision.

Bien qu'elles soient difficilement reconnaissables et qu'il est parfois compliqué d'arriver à mettre un mot dessus, les émotions sont toujours présentes. Non sans peine, elles ont finalement été reconnues par ce médecin : « C'est normal quand vous n'êtes pas sûr de vous, vous n'êtes pas à l'aise »(E8) », qui finit par conclure : « les émotions, ce n'est pas que ce n'est pas du tout le problème, c'est que ce n'est pas le problème principal, il ne faut pas dire « pas du tout », je dirais que ce n'est pas le problème principal»(E8).

Il est aussi évident que l'expérience aide à mieux les appréhender et qu'il est plus facile de laisser ses émotions de côté pour des médecins plus âgés.

d- Différence générationnelle ?

Bien qu'il soit difficile de mettre en évidence une différence sur un échantillon aussi réduit, certaines sont apparues, c'est pourquoi je les retranscris.

❖ Reconnaître ses émotions

Lors des entretiens, il est apparu une différence nette sur la question des émotions entre les jeunes médecins et ceux avec des dizaines d'années de pratique derrière eux. Sur l'identification même et la reconnaissance des émotions ressenties lors d'une situation d'incertitude, des médecins plus âgés disent ne pas ressentir de stress : « *Non je n'ai pas de stress, parce que j'ai 35 ans de pratique, si j'avais peut-être disons dix ans, ça pourrait oui* »(E8). La peur n'étant pas identifiée, il est presque impossible d'envisager des moyens de diminuer le stress : « *je suis de tempérament très calme, je n'en ai pas besoin* »(E3). Pourtant, on retrouve la présence de cette peur dans ces entretiens : « *ça peut faire réfléchir toute la nuit quand même* »(E3).

Cela renvoie peut-être à l'évolution de l'image du médecin, qui auparavant n'était pas amené à montrer ses failles, mais plutôt à être toujours présent, disponible et sûr de lui. Ces médecins ont du mal à reconnaître les émotions qui les traversent car on ne leur a jamais demandé d'y prêter attention. Ils ont appris à faire avec, ils ont développé leurs propres moyens de gestion sans s'en rendre compte et avec le temps ils finissent par moins les ressentir et mieux les appréhender. Au-delà du processus de conscientisation qui est sans doute plus difficile, elles sont aussi moins reconnaissables car elles deviennent moins intenses, moins frappantes. Elles posent moins de soucis car le médecin a trouvé le moyen, au fil des années de pratique, de les appréhender.

❖ Gérer ses émotions

La deuxième différence générationnelle apparaît donc clairement comme étant une meilleure gestion de ses émotions, du stress, de la peur de la faute, qui s'acquiert avec

l'expérience. Une médecin a bien réussi à formuler cette évolution dans sa pratique :
« *Quand on était jeunes, on avait nos tracas, on ne disait rien, on pouvait le cacher au patient et puis des fois on en dormait pas la nuit. Maintenant, c'est fini, si j'ai un doute, je l'exprime, je dis à la personne que je veux la revoir, ça a évolué dans ma pratique, je n'en suis plus du tout à garder ça pour moi et à me stresser pour ça* »(E7).

Cette communication avec le patient, ce partage du doute en toute honnêteté est retrouvé chez les médecins plus jeunes. C'est un moyen fort de gestion des émotions du patient et de ses propres émotions. Il est apparu au fil des années pour la première médecin : « *je ne prends aucun soucis sur moi toute seule, enfin je les prends sur mes épaules, mais maintenant je les partage* »(E7), il paraît maintenant clair dès le début chez sa jeune consœur qui a appris tôt à reconnaître ses émotions et à en parler : « *ma pratique était un peu dictée par la peur de mal faire* »(E6).

La formation actuelle des internes de médecine générale joue probablement un rôle dans cette plus grande facilité à évoquer ses émotions. Lors des séances de groupe à l'oral (GEASP) mais aussi à l'écrit lors des RSCA (Résumé de Situations Complexes Authentiques), il leur est demandé de revenir sur des situations compliquées, qui leur ont posé problème, en mettant en avant le ressenti de l'interne lors de ces situations.

Le changement d'époque et l'évolution culturelle peut aussi expliquer cette différence générationnelle : le cinéma, la littérature, la musique donnent plus de place aux émotions, rendant leur expression et leur révélation aux autres communes et acceptées.

4.4 Les bienfaits de l'incertitude diagnostique

4.4.1 Situations stimulantes

Les situations d'incertitude diagnostique demandent une réflexion au médecin généraliste, réflexion qui est souvent appréciée. Elle renvoie à l'origine de l'intérêt pour les études de médecine, cette curiosité commune de comprendre, de savoir le pourquoi et le comment de ces signes cliniques. Chacun peut ainsi trouver un bénéfice à cette incertitude et aux questionnements qui en découlent. Le premier est de stimuler les fonctions cérébrales, de ressentir le tourbillon des pensées nous animer, de se sentir vivant, impliqué, actif.

Les consultations maîtrisées sans sourciller sont confortables, les habitudes donnent une impression de sécurité mais si elles se répétaient inlassablement au fil des jours, l'ennui arriverait vite, le cerveau atrophié par le calme d'une machinerie bien huilée. Le défi de l'incertitude, la quête du diagnostic permet de rester actif, de stimuler la réflexion, de redonner de l'intérêt au métier et de sortir de la routine : *« J'aime bien parce que c'est souvent stimulant, ça nous sort un peu de la routine, ça joue sur l'intérêt qu'on va porter au métier »*(E1) ; *« c'est tout l'intérêt du métier justement cette incertitude et la démarche qui en découle...c'est intéressant, c'est stimulant »*(E4). Par ce travail de réflexion, l'incertitude devient finalement une source de satisfaction.

Il y a donc un double intérêt à cette stimulation neuronale : l'un est d'ordre personnel par ce bienfait de ressentir la curiosité et l'envie de trouver la réponse, l'autre est professionnel et permet au médecin de rester actif, dans l'évaluation et l'approfondissement de ses connaissances : *« c'est comme ça qu'on progresse, comme dans la vie à tous les niveaux, il faut sortir de sa zone de confort »*(E4). Ainsi l'incertitude mettant en lumière les zones

d'ombres de nos connaissances, elle nous incite à poursuivre une formation continue et à rester dans la dynamique de l'apprentissage perpétuel de la médecine.

De plus, par le biais de la communication avec le patient et avec des confrères, l'incertitude stimule les échanges et enrichit les capacités relationnelles et émotionnelles du médecin. Ces interactions, engendrées par la présence du doute, permettent de renforcer les relations entre collègues tout comme l'alliance avec son patient. Au cœur de la discussion, dans l'écoute et dans l'échange, des émotions sont partagées et renforcent la qualité des relations. Elles apportent cette part d'humanité qui semble essentielle en médecine et qui contribue au bien-être du médecin et du patient.

4.4.2 Moins de risque d'erreur diagnostique

Lorsqu'on pose un diagnostic, de manière claire à l'oral ou intérieurement lorsqu'on ne pense qu'à une direction, on a tendance à s'enfermer, à se mettre des visières. Imperceptiblement, on met la réflexion en pause, on se repose, on se rassure, et on finit par ne plus voir les autres sentiers possibles. On peut ainsi facilement faire une erreur diagnostique, en arrivant trop vite à la conclusion.

En restant en situation d'incertitude, on reste en éveil, attentif aux nouveaux signaux, parés à emprunter un nouveau chemin, pour finir par trouver le bon. Evidemment il faut finir par conclure, nous ne pouvons pas remettre tous les diagnostics en question mais il est parfois utile de le faire ou d'avoir conscience qu'il est possible de le faire. Il n'est jamais bon d'être trop sûr de soi, le doute est utile, amène à se poser des questions et à évoluer dans le but d'améliorer sa pratique : « *Il faut apprendre à ne pas être trop sûr de soi, c'est bien de douter, c'est nécessaire* »(E5).

5. DISCUSSION

Dans cette partie, je reprends les questions qui sont apparues dans mon travail d'enquête et lors de l'analyse des résultats. J'y intègre des éléments de réponses issues du récit de mon expérience personnelle, des recherches faites par le biais d'Internet et par la lecture de livres enrichissant la réflexion autour du sujet.

5.1 Forces et limites de la recherche

Les entretiens ont tous été menés sur le lieu d'exercice du médecin généraliste interrogé. Bien que l'heure ait été définie par le médecin afin de pouvoir être intégré dans son planning de consultations, certains entretiens avaient lieu en milieu de journée et leur durée était parfois écourtée par manque de temps.

Le recrutement a été fait exclusivement en Auvergne, ce qui peut engendrer un manque de représentativité des médecins généralistes à l'échelle nationale (démographie médicale influençant la pratique). La saturation des données a été atteinte au bout de huit entretiens, sur les grands thèmes que je souhaitais aborder. Cependant, le sujet de cette recherche étant très vaste, des entretiens supplémentaires auraient pu apporter de nouvelles informations. Cela ne constitue pas un biais méthodologique pour autant, les données recueillies étant suffisantes pour apporter des éléments de réponse significatifs à ma question de recherche. Le nombre de personnes interrogées ne permet cependant pas de généraliser les résultats, une étude ultérieure avec un plus grand échantillon pourrait y contribuer.

Bien que j'aie voulu adopter une attitude de non jugement, les médecins ont pu avoir des réserves concernant leurs réponses, par crainte d'une évaluation de leur pratique de ma part, ou par la présence de l'enregistrement audio. Il est possible que le positionnement

personnel de l'enquêteur sur le sujet ait entraîné un biais d'interprétation des propos recueillis en privilégiant les informations qui confirment l'hypothèse d'un impact des émotions sur la prise de décision par exemple.

Le guide d'entretien a été modifié au cours du travail de recueil de données, enrichi par les premières réponses recueillies, par une réflexion personnelle et avec l'aide des directeurs de thèse.

Le travail d'analyse des résultats est amélioré par la relecture par deux directeurs de thèse différents et par la flexibilité de l'étude qui amène de nouvelles questions au cours de la recherche et donne de nouveaux angles d'interprétation. La triangulation entre trois intervenants différents permet d'améliorer la pertinence des résultats et de limiter les biais.

5.2 Intérêt de la recherche qualitative

« La recherche qualitative s'attache à comprendre des faits humains et sociaux en les considérant comme étant porteurs de significations véhiculées par des acteurs (sujets, groupes...), parties prenantes de relations interhumaines. Avant de tendre vers la généralisation de données, elle vise ainsi avant tout à la compréhension et la profondeur, en s'immergeant dans la complexité d'une situation (moins de cas, plus de détails). En générant de nouvelles connaissances à partir d'un raisonnement inductif, l'approche qualitative contribue à la formation des futurs cliniciens. »(12) C'est une tentative de comprendre le point de vue des personnes étudiées sur un sujet et de le retranscrire en prenant en compte la subjectivité de l'enquêteur comme une composante de la recherche.

La subjectivité de cette recherche n'est pas forcément négative, c'est dans la dimension personnelle qu'elle trouve son origine et qu'elle se construit au fur et à mesure de nouveaux questionnements. La personne de l'enquêteur est aussi un médecin, cette

composante personnelle fait donc partie de l'étude, tout comme la personnalité du médecin et celle du patient entrent en jeu dans la gestion de l'incertitude diagnostique. Cette importance de la subjectivité dans l'analyse d'une situation se retrouve dans la définition de l'EBM (Evidence-based Medicine).

5.2.1 Comment se sont passés les entretiens : mon point de vue

La thèse qualitative n'a pas encore beaucoup d'adeptes, lorsque je présente mon sujet lors des entretiens mais aussi lorsque j'en parle à des médecins avec qui je travaille, on me dit « ah, c'est bien qu'ils vous laissent travailler sur des choses comme ça », sous-entendu : « sur autre chose que de la médecine ». En énonçant mon sujet, les réactions étaient variées mais personne n'est resté indifférent, je vois cela comme une preuve de l'utilité de cette recherche.

Ceux qui m'ont dit d'emblée que c'était intéressant ont su me mettre à l'aise rapidement et c'était avec un peu plus de conviction que j'entamais la discussion. La majorité était intriguée, lève un sourcil, fait une pause et réfléchit, laissant entendre un « qu'est-ce qu'elle veut dire par là ? », voire un « mais qu'est-ce que je vais pouvoir dire ? ».

La gestion de l'incertitude diagnostique en médecine générale, il est vrai que c'est plutôt vaste comme sujet. Je précisais donc mon propos en demandant d'éliminer les situations d'urgence et de penser à un exemple sur lequel nous pouvions discuter.

Mais raconter une situation d'incertitude diagnostique ce n'est pas un exercice facile pour tout le monde, certains se sont trouvés un peu désemparés devant cette question qu'ils auraient aimé préparer à l'avance, pour pouvoir la peaufiner, la rendre bien lisse et claire dans leur esprit, pour savoir déjà un peu à l'avance comment l'entretien allait se passer. Ils auraient aimé avoir un peu plus la main sur la discussion de ce fait, car, être dans

l'incertitude sur la tournure de la discussion, c'est inconfortable. Instinctivement, il existait donc une sorte d'appréhension face à l'incertitude. Bien que j'ai voulu tout faire pour ne pas avoir une attitude de jugement, j'ai eu l'impression que certains médecins étaient méfiants et ne voulaient pas tout me dire, sûrement par crainte d'une évaluation de leur pratique.

Il est difficile de discuter de quelque chose d'abstrait, il faut savoir l'expliquer et le faire comprendre, j'ai eu un peu de mal au début, je manquais un peu d'assurance pour donner de la profondeur à mon propos et pour essayer de transmettre mon intérêt pour la question, je pense avoir mieux su le faire au fil des entretiens.

Pour parler d'incertitude, il faut mettre au grand jour des processus que l'on fait habituellement sans y prêter attention et certains n'aiment pas forcément s'y pencher dessus et les décortiquer à la loupe. Tous n'ont pas été très réceptifs, particulièrement lors d'un entretien j'ai eu l'impression que mon sujet n'intéressait pas le médecin et qu'il se demandait comment on pouvait laisser une jeune médecin faire une thèse sur un sujet comme celui-là : « de mon temps c'était bien différent ».

Parler des émotions est encore plus difficile, certains se sont fermés et n'ont pas voulu en parler, me rendant un peu agacée je dois l'avouer. D'autres ont eu l'air méfiants, ont pris leur temps et on parfois répondu un petit peu à côté de la question. Il est dur d'accepter sa vulnérabilité, certains ont heureusement su le faire et ont eu suffisamment de confiance pour se livrer sur leurs doutes et leurs craintes.

Globalement j'ai beaucoup aimé faire ces entretiens, j'ai pu transmettre mon intérêt à certains et moins à d'autres qui sont sûrement moins réceptifs à ces interrogations paraissant éloignées de leur pratique médicale. Mon caractère un peu obstiné a voulu tout faire pour le rendre intéressant et pour démontrer que ce n'est pas un sujet vide où « on ne

sait pas trop quoi dire » mais bien un sujet stimulant, qui permet d'analyser sa pratique et de déceler les ressources de chacun pour gérer les situations d'incertitude.

5.2.2 La subjectivité dans la définition de l'EBM

Le concept de médecine fondée sur les preuves est apparu au Canada au début des années 1980. Cette approche était en premier lieu destinée à fonder la décision médicale sur les données actuelles les plus probantes, c'est-à-dire les études cliniques à haut niveau de preuve. A ces données scientifiques ont été intégrées l'expérience clinique du praticien d'une part et les préférences du patient d'autre part. Il existe ainsi trois composantes complémentaires, et non contradictoires, intégrées dans la décision médicale.

La subjectivité est donc bien présente dans les conditions de base de la prise de décision, par la personne du médecin qui fonde son expérience sur ses connaissances mais aussi sur des facteurs personnels : intuition, habileté, erreurs passées, ressentis, attentes, croyances... et par la personne du patient qui, par sa singularité et son histoire, prend part à la décision.

Intégrer les choix du patient devient de plus en plus la norme mais cela est bien reconnu comme difficile par le président de la HAS, Professeur LE GULUDEC : « *L'evidence based medicine repose sur un triptyque : les données de la littérature, les pratiques cliniques et les préférences des patients. On peut avoir le sentiment que les deux premières composantes du triptyque dialoguent d'autant plus facilement qu'elles sont parfois produites par les mêmes acteurs, mais ce n'est pas le cas. Les préférences des patients et des usagers, quant à elles, sont moins communément interrogées et acceptées, même si nous nous préoccupons tous de progresser dans ce domaine.* »(13).

5.2.3 Complément du savoir médical

La subjectivité, les qualités et compétences individuelles qui entrent en jeu dans la prise en charge du patient sont explorées par la recherche qualitative. Ces données sont complémentaires du savoir médical et permettent d'améliorer l'exercice de la médecine.

L'incertitude est présente au quotidien, dans la pratique médicale mais elle est aussi retrouvée dans les sciences de manière générale.

« Quand les scientifiques parlent d'incertitude cela signifie qu'ils connaissent les forces et les faiblesses de la science pour ce problème particulier. Ils peuvent en connaître suffisamment pour être capables de quantifier l'incertitude, par la mesure du risque par exemple. Le risque est alors l'incertitude qui peut-être quantifiée, c'est la « chance » qu'un danger donné se produise : « Il y a 20% de chance qu'il pleuve » » (14).

La mesure est donc un moyen de lutter contre l'incertitude. Mais réduire l'incertitude n'est pas toujours possible ou nécessaire et cela n'est pas un obstacle à l'utilisation des connaissances scientifiques. Les chercheurs peuvent intégrer l'incertitude dans leurs calculs ou la contourner.

« Cependant, la mesure est nécessairement réductionniste. Elle ne saisit pas la finesse infinie du monde réel. C'est à bon droit que les professionnels se plaignent d'être soumis à des évaluations qui font fi de leurs motivations intrinsèques et qui ignorent les mille et une finesses de leur art, compréhensibles seulement de l'intérieur et, pour l'essentiel qualitativement. »(14)

Certes, « toute mesure est partielle, partielle, inconséquente, provisoire, « fausse » en toute généralité. Faut-il pour autant y renoncer ? » Au crédit de la mesure, F. Vatin fait valoir que, contrairement à ce qu'on pourrait spontanément croire, elle nous fait prendre pleinement conscience des limites de notre maîtrise. Elle ne réduit notre incertitude que pour autant

qu'elle la fait apparaître plus aveuglante. «La mesure, loin de nous faire perdre de vue le caractère fondamentalement incertain du monde, nous le rappelle. C'est parce que le monde est incertain que la mesure est nécessaire ; c'est parce que la décision ne va pas de soi qu'il faut "peser" le "pour" et le "contre". La mesure n'est pas un reflet fidèle d'un monde fixe ; elle est un guide fragile dans un univers indéterminé. » » (14)

La science a donc des limites, l'incertitude est inévitable et il n'est pas possible de la supprimer. Mesurer cette incertitude ne la réduit pas et ne rend pas compte de toute sa complexité, c'est pourquoi la recherche qualitative est utile et nécessaire pour la décrire, essayer d'en comprendre les composantes afin de trouver des moyens de faire avec l'incertitude. Loin d'être opposé au savoir bio-médical, la recherche qualitative a pour but de le compléter et de l'enrichir, non de le réduire.

5.3 L'incertitude peut aussi être un frein

Nous avons évoqué le bénéfice de l'incertitude consistant à maintenir l'esprit en éveil et à stimuler les fonctions cérébrales. L'incertitude nous fait avancer, elle permet une réflexion et une évolution qui assurent la qualité et la sécurité en médecine. C'est le fondement de la créativité qui permet l'adaptation aux situations nouvelles de la vie, comme aux situations médicales complexes et uniques.

Cependant, l'incertitude qui dure peut aussi enliser la situation et devenir paralysante. Sans une structuration de pensée commune, délimitée par un cadre diagnostique, la situation médicale peut perdre en clarté pour le suivi et les relations entre professionnels. Il existe des spécialités médicales où l'importance d'un mot, d'un terme commun pour désigner l'état du patient est particulièrement nécessaire pour avancer.

5.3.1 Frein à l'amélioration clinique

Prenons l'exemple de la psychiatrie où les diagnostics sont parfois incertains, essentiellement basés sur un ensemble de critères, d'évaluation en partie subjective. Il est particulièrement difficile de poser un diagnostic chez un sujet jeune, où la personnalité est encore en développement, les troubles psychiatriques représentant des déviations d'une norme qui, elle-même, est dure à définir.

Il peut cependant s'avérer nécessaire de mettre un mot, de poser un diagnostic afin de cadrer la situation, rendant la communication entre professionnels bien plus aisée, donnant un sentiment de maîtrise de la situation au médecin et justifiant l'initiation d'un traitement, rassurant le patient qui est souvent en demande d'une réponse.

Pour le patient, pouvoir nommer sa pathologie permet de la rendre réelle et permet donc de pouvoir la contrer, de pouvoir s'en sortir. Pour commencer une thérapie et entrevoir une guérison ou tout au moins une amélioration, il faut d'abord pouvoir caractériser le mal par le mot. Rester dans l'incertitude de la pathologie et ne pas nommer le trouble peut empêcher le patient de visualiser une amélioration, peut le rendre impuissant, puisque si le corps médical n'arrive pas à comprendre et à définir sa pathologie, comment pourrait-il aller mieux ?

Même s'il n'est pas certain, il faut donc parfois évoquer un diagnostic pour avancer. Mais la nuance est importante, il faut savoir l'évoquer sans le prononcer comme définitif. Plus que l'incertitude, c'est alors la certitude diagnostique qui devient dangereuse, particulièrement en psychiatrie. Un trouble psychiatrique étiqueté, collé à la peau du patient, peut devenir sa réalité, intégrer son identité et interférer sur sa vie personnelle mais aussi sur la prise en charge médicale d'une autre pathologie, alors même que la santé mentale du patient ne correspond plus au trouble initial. Cette intégration personnelle de la pathologie comme une

entité définitive peut aussi amener des bénéfices secondaires au patient, qui inconsciemment, cherchera à garder cette étiquette.

Il faut donc savoir poser un diagnostic, tout en le réévaluant régulièrement et en expliquant au patient dès le départ qu'il n'est pas figé dans le temps.

Poser un diagnostic, bien qu'il ne soit pas certain, peut aussi être la solution face à une incertitude qui dure dans le temps et qui demande une conclusion, une fin.

Que faire de l'incertitude qui dure et qui ne trouve pas de réponse après de multiples explorations ? Rester dans cette incertitude ? Ou en finir en disant "on n'a pas de diagnostic" ? Ou bien clôturer en "trouvant" un diagnostic par défaut : troubles fonctionnels, somatisation etc... ?

Conclure à un non-diagnostic amène un sentiment d'échec pour le médecin et pour le patient. Cela sous-entend également la fin des recherches, la fin de l'espoir et cela peut être lourd à accepter pour un patient dont la répercussion des symptômes est importante (troubles digestifs, asthénie...).

Après des mois de recherche, il est difficile de rester dans l'incertitude tout comme il est dur d'accepter et de faire accepter le non-diagnostic. La troisième solution est alors souvent envisagée : plutôt que de s'avouer vaincu, le médecin peut choisir de donner un diagnostic « par défaut », dont il est loin d'être certain, mais qui lui paraît plausible. C'est un petit mensonge qu'il donne au patient et qu'il se donne à lui-même, qui permet de se rassurer et qui peut réellement trouver des bénéfices.

Nommer un diagnostic rassure le patient et peut lui permettre de passer à autre chose et ainsi d'aller mieux, puisqu'il ne ruminera pas son mal-être toute la journée. Avoir une réponse, c'est reprendre le contrôle sur son corps, si l'esprit est apaisé par un mot salvateur

qui rationalise ses symptômes, le corps peut également en ressentir les bienfaits. Devant une amélioration, au moins partielle, patient et médecin vont alors se convaincre de ce diagnostic, il n'est alors plus utile de chercher. C'est ainsi que le médecin, au fil des années, peut se convaincre d'une réalité diagnostique, sans preuve scientifique mais basée sur son expérience clinique, et nommer « troubles fonctionnels » les symptômes qu'il n'arrive pas à expliquer autrement.

5.3.2 Frein à la recherche

Les sciences médicales sont en constante évolution, il existera toujours de nombreux domaines à explorer, la recherche étant le moyen de conquérir de nouvelles connaissances. Certaines situations cliniques relèvent de l'incertitude car la science ne possède pas les réponses, et ne les possèdera peut-être jamais, l'incertitude restant inévitable. Pour continuer d'explorer autour de ces situations, il est parfois utile de les nommer avec un terme positif et donc de créer un néologisme médical qui regroupe ces situations et qui facilite la recherche.

Ainsi, lorsque la science n'a pas la réponse, un moyen trouvé pour contrer l'incertitude diagnostique semble être de la déplacer en créant un néologisme médical pour nommer les patients qui ne correspondent pas complètement au diagnostic recherché. Cela est utile, par exemple, pour approfondir les recherches sur les pathologies dégénératives cérébrales. Lorsque l'état clinique du patient ne correspond à aucune pathologie définie, plutôt que de rester dans l'incertitude, le corps médical peut choisir un terme pour définir cet état intermédiaire : exemple de la phénocopie (annexe 4), (15). Ainsi, un regroupement des patient est possible et un suivi peut être mis en place afin d'analyser de nouveaux signes et d'enrichir les connaissances scientifiques des pathologies neuro-dégénératives.

5.4 Mon analyse en trois axes

5.4.1 Recherche délimitée par ces trois axes

Après avoir effectué trois entretiens, il m'est apparu trois axes de prise en charge des situations d'incertitude diagnostique : la gestion de la démarche diagnostique, la gestion de la communication et la gestion de ses émotions. Lors des entretiens qui ont suivi, j'ai exposé ces trois axes à la fin de l'entrevue afin de mettre à l'épreuve leur réalité ou non dans la pratique.

Cette vision me paraissant judicieuse et étant globalement approuvée par les médecins interrogés, j'ai procédé à l'analyse des résultats en classant les différents thèmes abordés dans une des trois catégories. Ce classement des données est indispensable pour produire des résultats cohérents mais cela peut donner une idée de séparation qui n'existe pas dans le réel, toutes ces données étant bien interactives entre elles, étroitement mêlées et agissant les unes sur les autres.

De plus, ces trois axes sont nés de mon expérience personnelle, j'ai choisi de m'intéresser à la question des émotions parce que j'avais déjà conscientisé les miennes lors de ces situations. L'incertitude diagnostique étant tellement omniprésente, il existe sans nul doute d'autres angles d'exploration du sujet.

5.4.2 Les émotions au grand jour

Alors que les deux premiers axes étaient facilement retrouvés dans leur exercice quotidien, la gestion des émotions avait parfois plus de mal à faire écho. De plus, même lorsqu'elles étaient reconnues, il était encore difficile de faire comprendre l'intérêt de ces questionnements. Certains n'ont pas la possibilité de reconnaître leurs émotions, il est donc difficile de les extérioriser et de les nommer. C'est pourquoi aborder le sujet des émotions

pouvait provoquer une réaction de défense. Elles renvoient à des ressentis personnels qui sont parfois intériorisés et refoulés de manière inconsciente. Les faire sortir de l'ombre et s'y intéresser peut paraître intrusif.

Pourtant, ces émotions existent et elles ont un impact sur la prise en charge du patient. Les reconnaître pour mieux les appréhender commence à être intégré par les jeunes générations de médecins qui apprennent à parler de leur ressenti et à partager un peu plus que des situations cliniques et des questionnements bio-médicaux. Cependant, cette capacité d'introspection n'est pas possible pour tout le monde et chacun n'en ressent pas le besoin. Trouver des solutions pour ne pas se laisser envahir par ses émotions peut néanmoins être utile à beaucoup, ceux qui les reconnaissent comme ceux qui les nient. Faire ce travail de réflexion sur sa pratique peut l'améliorer en facilitant la communication avec le patient, ce qui renforce la relation de confiance et le bien-être au travail.

Écrire sur une situation vécue permet souvent de mettre des mots sur ce qu'on sait déjà mais que l'on n'arrivait pas encore à discerner, la médecine narrative peut ainsi être un outil de gestion de ses émotions : « La construction de récits permet un accès intuitif à des contenus latents ou inconscients. L'entraînement à l'écoute et à l'analyse des récits oraux ou écrits, l'exercice personnel d'écriture et la familiarité avec les textes littéraires mobilisent chez les médecins des capacités de compréhension, d'empathie et de créativité. Ainsi, les capacités humanistes du médecin sont considérées comme un instrument qui se pratique et se développe avec la compétence narrative. La prise de conscience et l'acceptation des émotions, des intentions et des préoccupations non explicites est thérapeutique du côté du patient comme de celui du médecin. » (17).

Il est suggéré que l'intuition, que tout le monde est amené à ressentir, est liée à une émotion personnelle antérieure. « L'intuition, cette « connaissance immédiate et directe, sans recours au raisonnement », pour reprendre la définition du Larousse peut devenir un facteur clé de succès, particulièrement en situation de crise. Peu (ou mal) connue du grand public, l'intuition fait encore l'objet de nombreuses idées reçues, notamment dans les esprits les plus cartésiens. Le professeur en neurosciences António Damásio a montré, par exemple, qu'il est impossible, biologiquement, de prendre une décision complexe sans se référer à notre ressenti. Une zone de notre cerveau, située derrière nos yeux, relie nos cortex supérieurs, siège de notre raisonnement, aux zones impliquant nos ressentis et nos émotions. C'est cette connexion qui permet la prise de décision complexe. Ces travaux montrent à quel point notre pensée est corrélée à notre corps et à nos ressentis, par le biais notamment de nos intuitions.»(16) L'intuition prend part à la décision médicale, souvent de manière inconsciente, elle serait le reflet de nos ressentis et émotions, qu'il ne faut pas négliger.

La peur de l'erreur et le stress qui en découle est ce qui est le plus souvent ressenti par les médecins en situation d'incertitude diagnostique. Elle tend à s'amenuiser avec l'expérience mais que faire en attendant ? Il semble important que des méthodes d'apprentissage de gestion du stress soient intégrées dans la formation pédagogique des futurs médecins, afin que le stress ne devienne pas destructeur et que la santé mentale des internes et des médecins soit préservée. Le 3^{ème} cycle des études médicales apporte des solutions (GEASP, RSCA) et pourrait peut-être proposer une ouverture sur des méthodes de gestion du stress et de développement personnel.

Bien que peu évoquées par les médecins, des méthodes de relaxation pourraient aider à amoindrir le stress, chacun pouvant trouver une méthode personnalisée efficace. Parmi ces méthodes, on peut citer La méditation, le yoga mais aussi des activités créatives (la musique, le dessin) ou sportives. Le développement d'une meilleure qualité relationnelle avec soi-même, via des techniques de relaxation, permet d'améliorer l'ouverture aux autres et la qualité des relations avec autrui. Le médecin pourrait donc améliorer sa pratique et son bien être mental par ces méthodes, tout comme chacun peut essayer, en cette période d'incertitude prégnante et collective amenant un sentiment d'insécurité. Il semble évident qu'il est plus facile d'être bon et d'être bien dans son métier, lorsqu'on est bien dans sa tête.

L'intérêt de cette thèse est de montrer qu'un travail de réflexion sur ses propres émotions permet de les moduler, de les appréhender correctement afin de transformer une crainte ou une déception en source d'énergie. La tension initiale provenant du stress et de la peur de l'erreur, peut, lorsqu'elle est identifiée et travaillée, devenir quelque chose de positif, aboutir à la créativité et à l'art de « bien faire son métier » comme celui d'« être bien dans son métier ».

5.5 Intelligence collective

« L'intelligence collective, c'est la faculté qu'a l'interaction par les mots entre des êtres parlants à stimuler la génération des idées nouvelles. » (18)

Il a été retrouvé dans les résultats que la communication avait de multiples bienfaits pour mieux appréhender les situations d'incertitude diagnostique. Au-delà de la transmission

d'informations au patient, les mots soignent le patient comme le médecin et sont un outil précieux pour la gestion de ses émotions. Il est apparu que cette communication pouvait prendre différentes formes, et qu'elle était particulièrement valorisée par les nouvelles générations de médecin qui ont été formé à communiquer sur eux-mêmes et qui ont ainsi plus de facilité à parler d'incertitude avec leur patient.

Cette communication permet aussi d'enrichir la situation et de faciliter la prise en charge, de trouver des solutions à la démarche diagnostique en elle-même, en intégrant le patient à la prise de décision. Grace à cette capacité communicationnelle, il apparait une intelligence collective qui s'ajoute à l'intelligence individuelle des deux parties de la conversation.

Prendre en charge des situations d'incertitude, parfois complexe, requiert de savoir manier ensemble ses connaissances scientifiques et ses capacités relationnelles et émotionnelles.

Si la question de la gestion de l'incertitude diagnostique a pu paraître abstraite c'est parce qu'elle était laissée de côté. Le but de cette thèse est de se familiariser avec l'incertitude diagnostique, pour la rendre moins inquiétante, moins lointaine. Comme l'a très bien expliqué l'un des médecins interrogés (annexe 5), la communication autour de cette incertitude est un des moyens de gestion. Cela passe par l'interaction entre médecins et par la communication avec son patient. La communication facilite et améliore la démarche diagnostique en intégrant le patient à la prise de décision et permet de mieux gérer les émotions du patient et du médecin, renforçant la relation de confiance.

5.5.1 Communiquer avec des confrères

Le développement majeur ces dernières années de l'exercice en groupe ou en maison de santé pluri-professionnelle facilite l'échange avec ses confrères. Le partage de situations peut également se faire lors de réunions prévues à cet effet, entre groupes de pairs par exemple (créés en 1987). Ces derniers prennent leur origine dans les groupes Balint, développés par le docteur en médecine et psychanalyste du même nom, qui s'attachent plus à « sensibiliser à l'aspect subjectif de la rencontre, aux mouvements psychiques faits d'attraction, de répulsion, d'identifications éprouvées face au patient. »(19). Selon lui, la psychanalyse constitue une pratique liée à la clinique médicale, car le corps n'est pas dissocié du psychisme. C'est ainsi qu'il envisagea la psychanalyse comme une « science du vivant-humain » qui doit pouvoir bénéficier de la médecine et réciproquement. Psychanalyse et médecine doivent s'enrichir mutuellement.

« Parce que la relation médicale est faite de langage, d'émotions, de mouvements inconscients, M. Balint considéra qu'il était essentiel de repérer le transfert et le contre-transfert du médecin. Dans cette perspective, le groupe Balint affine cette rencontre, pour aider à mieux entendre et à mieux soigner. C'est une pratique pour « penser » et « panser », puis partager avec d'autres. Le praticien acquiert ainsi un outil singulier, dans un lieu de confiance où il peut s'exprimer le plus librement possible, sans peur du jugement. M. Balint évoquait « *notre droit non seulement à l'erreur mais aussi à la bêtise parfois* » ! (19).

Ainsi, que ce soit au sein d'un même cabinet ou lors de réunions en groupe de pairs, partager son doute permet de bénéficier d'une intelligence collective et permet de rassurer le médecin sur sa prise en charge.

Cet échange fait désormais partie de l'enseignement des jeunes médecins, qui partagent leurs expériences en groupe lors des GEASP (Groupes d'Entraînement et d'Analyse des Situations Professionnelles) mensuels mais aussi sous forme de récit par la rédaction d'un RSCA (Récit de Situations Complexes Authentiques) chaque semestre au cours de leur formation d'Internat.

C'est ainsi que les départements de médecine générale ont su inventer une nouvelle méthode pédagogique centrée sur les apprentissages de l'étudiant et favorisant les questionnements sur sa pratique professionnelle. Une des sources d'inspiration des RSCA est la médecine narrative. Ses apports pour la pratique clinique ont été développés par Greenhalgh et Hurwitz (20) et reprennent les bénéfices de l'étude de récits comme l'amélioration de la compréhension entre le médecin et le patient, le développement de l'empathie et l'amélioration du raisonnement du clinicien.

Lors des GEASP, revenir sur une situation qui nous a posé problème permet de se questionner en prenant du recul et de trouver une solution ensemble, via l'intelligence collective. Cela permet au sujet de se positionner face à l'incertitude, de pointer les problèmes rencontrés et de trouver un moyen de gestion approprié pour les prochaines situations. Le récit de situations présent dans les RSCA demande un travail de réflexion et son analyse met en avant les compétences du médecin généraliste mis en œuvre.

Lors des entretiens effectués en recherche qualitative, il est aussi demandé aux médecins de revenir sur une situation problématique et d'en faire le récit, c'est une occasion qui est parfois la bienvenue et qui peut permettre à la pensée de se délier, à la parole de se libérer et peut ainsi éclairer des problèmes, identifier les ressources mises en œuvre pour les contrer. Ce travail d'intellectualisation est rarement fait et peut pourtant apporter beaucoup

de réponses et de solutions pour améliorer sa pratique. Echanger avec un confrère, comme échanger avec moi lors d'un entretien demande un travail d'élaboration de la pensée. Cela fait ressortir des questionnements qui sont apparus lors des situations complexes, peut aussi permettre de verbaliser des ressentis, de clarifier une impression, de nommer une incertitude et finalement de rendre la pensée plus cohérente, plus ordonnée.

Cette capacité de prendre du recul et de communiquer sur l'incertitude avec un confrère enrichit la capacité de communiquer sur le sujet (et sur d'autres) avec le patient.

5.5.2 Communiquer avec le patient

Une jeune médecin en particulier a su démontrer l'intérêt de la communication avec son patient dans la gestion de l'incertitude diagnostique (annexe 5.) Pour que cette incertitude ne soit plus vécue comme un problème, comme un défi à relever seul, il faut apprendre à l'expliquer au patient, lui donner les informations nécessaires pour qu'il la comprenne et l'accepte. Une fois partagée, cette incertitude n'est plus un fardeau, médecin et patient forment une équipe pour lever le doute. En tant qu'allié, le patient doit être intégré à la prise en charge et devenir acteur de sa propre santé, en privilégiant une option thérapeutique à une autre par exemple. Cette considération de l'avis du patient lors d'une discussion ouverte semble être un bon moyen de faire avec l'incertitude, à deux. Partager l'incertitude permet de diminuer la peur et le stress du médecin et rassure le patient, lorsque la communication se fait habilement, tout en conservant la maîtrise des différentes hypothèses diagnostiques.

L'un des moyens d'aboutir à une prise en charge plus sereine pour le médecin et pour son patient est de préserver une relation de confiance entre les deux parties. C'est avec cette confiance que la discussion devient libre, que le médecin peut exposer son incertitude sans craindre une remise en question de ses compétences médicales. Les médecins interrogés reconnaissent faire preuve d'honnêteté et de transparence envers leur patient, mais ils sont conscients qu'entendre ce « je ne sais pas » est parfois difficile pour le patient. Un approfondissement des explications permet de garder cette confiance intacte.



Cette intégration du patient à la prise en charge, semble se développer et se retrouver dans les plus jeunes générations de médecins, qui privilégient un rapport de collaboration. Chercher à recueillir le choix du patient, après lui avoir donné des informations éclairées, devrait devenir plus fréquent. Il faut pour cela cultiver la nécessité du doute dans l'esprit des jeunes médecins qui ont plutôt pris l'habitude de valoriser leurs connaissances, tout en redoutant les limites de ces dernières.

Tout comme les données scientifiques, la manière d'exercer la médecine évolue. Le bien-être au travail est un des sujets qui a pris beaucoup d'importance ces dernières années, il est donc normal que les jeunes médecins cherchent également des moyens de pratiquer plus sereinement. Ces moyens peuvent être très personnels, tout l'intérêt de ce travail de recherche est de les identifier, de les mettre en lumière, afin de pouvoir partager ces méthodes, qui imperceptiblement, s'installent dans nos cabinets.

5.6 Ouverture

5.6.1 Une innovation pédagogique : la médecine narrative

Développée à l'université de Columbia aux Etats-Unis en 2000 comme une nouvelle approche de soins centrés sur le patient, la médecine narrative a fait l'objet d'un enseignement obligatoire pour les étudiants de quatrième année à la faculté Paris-Descartes depuis 2013. La présentation de la discipline et les conclusions tirées de cet enseignement ont été publiés dans un livre qui résume ainsi son utilité : « Son enseignement devrait être, avec celui de la médecine fondée sur les preuves, l'un des deux piliers de la formation initiale des médecins. Il pourrait constituer une réponse aux insuffisances d'un système de santé qui laisse parfois des patients ignorés dans leur souffrance, et des médecins isolés dans leur pratique. » (21).

Le but initial est l'amélioration de l'écoute du patient qui permet de renforcer la relation de confiance. Au-delà de cette capacité d'écoute, la médecine narrative incite également à la narration et à l'écriture : « La médecine narrative suppose l'apprentissage d'une compétence qui s'acquiert par deux techniques : la lecture attentive et l'écriture réflexive. La lecture ou l'écoute attentive met l'accent sur la richesse du récit que le patient fait de sa

maladie...et d'affirmer que le temps d'écoute du malade est central dans l'acte médical parce qu'il est au cœur de la relation médecin-malade et qu'il conditionne la qualité et l'efficacité de la prise en charge. » (22).

« La lecture de récits a montré son utilité dans l'apprentissage de l'écoute du patient, mais il est aussi apparu que l'écriture de récit était une aide pour le clinicien. Cette écriture dans un langage non technique appelée écriture réflexive, consiste pour le médecin à retranscrire ce qu'il a observé et ressenti à propos d'un patient et lui permet à la fois d'accéder à l'univers dans lequel le patient vit sa maladie, et de métaboliser ses émotions en tant que praticien. L'écriture de récits en pratique clinique apporte ainsi un nouvel éclairage, non seulement dans l'appréhension de la maladie vécue par le patient, mais dans la conception de l'acte de soigner. » (22).

Au-delà de séminaires sur le sujet ou de retranscription de récits de situations entre confrères, la médecine narrative peut être intégrée à la pratique quotidienne du médecin :

« Le recours à l'écriture réflexive en clinique quotidienne est réellement novateur. Elle peut être mise en œuvre sous trois formes qui s'adapteront au contexte de la prise en charge et aux opportunités offertes par le patient. D'abord, les patients enclins à rapporter par écrit leur histoire (ou des événements marquants de leur vie) ou à tenir le journal de bord de leur traitement et de ses effets supposés. Ensuite, dans l'observation médicale, les cliniciens peuvent tenir un « parallel chart » (dossier distinct de l'observation classique) dans lequel ils expriment aussi bien leurs interrogations ou leurs incertitudes sur le patient et sa maladie, que le récit de leurs propres réactions et de leurs propres questionnements dans la prise en charge de ce patient en particulier. Enfin, le co-authoring c'est-à-dire la co-écriture par le

patient et le clinicien d'une synthèse ou d'une conclusion provisoire à un moment clé de la prise en charge. » (23)

Ce travail d'écriture de la part des médecins peut se retrouver de manière plus personnelle dans la création d'un roman (autobiographique ou de fiction) ou bénéficier des nouveaux moyens de communication que sont les réseaux sociaux : en partageant des anecdotes et des points de vue sur Twitter ou sur un blog personnel, le médecin trouve un espace libre de délivrance de la parole.

5.6.2 Les logiciels d'aide au diagnostic

Les logiciels d'aide au diagnostic se sont développés au-delà de nos frontières : aux Etats-Unis et au Royaume-Uni mais aussi dans des pays francophones comme la Belgique, le Québec, la Suisse. Pourtant ils sont encore très discrets dans nos hôpitaux et cabinets français.

Leur nombre a augmenté ces dernières années et leur intégration dans la pratique devrait suivre le passage au dossier médical informatisé qui s'est fait progressivement ces dernières années. Les médecins ont intégré des logiciels médicaux qui comprennent le plus souvent seulement des aides à la prescription (bases de médicaments et alertes de risque pharmaceutique), ceux d'aide au diagnostic restent rarement utilisés.

La société française de médecine générale a mis en avant l'un de ces logiciels : le Dictionnaire des Résultats de Consultation (DRC). Il permet de nommer avec rigueur les situations cliniques rencontrées. En plus de fournir une aide de connaissances au médecin, ce logiciel redéfinit le langage de la consultation.

En effet, le médecin n'est plus amené à chercher un diagnostic mais à définir sa position diagnostique en fin de consultation. « Cette classification praticienne permet de rester au plus près de la réalité et de ne pas transformer une hypothèse en diagnostic. » (24). Ainsi, en fin de consultation, le médecin peut avoir 4 positions diagnostiques différentes : un symptôme cardinal, un groupe de symptômes (syndrôme), un tableau de maladie ou un diagnostic certifié. Les quatre positions sont des certitudes cliniques et permettent de donner une réponse au patient en faisant une synthèse de l'état actuel. Elles ne lèvent pas l'incertitude diagnostique mais sont plutôt le reflet du degré d'incertitude qui existe. Cette présentation peut permettre de rendre l'incertitude plus acceptable pour le médecin et pour le patient.

La position diagnostique permet au médecin de garder l'esprit en éveil et de surveiller l'évolution. Cette notion d'ouverture vers une évolution possible est primordiale. Elle évite au médecin de s'enfermer dans des conclusions erronées.

Parallèlement à ces classifications, un apport majeur de ce logiciel est de réduire le risque d'erreur. Il permet de ne pas se tromper de dénomination en vérifiant s'il n'existe pas un résultat de consultation qui correspondrait mieux à la situation (éviter le 1^{er} risque). Il permet de ne pas méconnaître une maladie grave qui, au cours de son évolution, pourrait ressembler au résultat de consultation choisi (éviter le 2^{ième} risque).

Les logiciels d'aide au diagnostic permettent notamment de palier aux limites des connaissances du médecin, particulièrement lors de situations cliniques peu habituelles. Ces logiciels sont un véritable moyen de gestion de l'incertitude diagnostique, facilitant la démarche diagnostique et réduisant le risque d'erreur. Cela peut donc être un moyen de pratiquer plus sereinement en diminuant la peur de l'erreur et donner ainsi plus de place à la communication avec son patient.

Evidemment, bien que ces logiciels aident à conforter le médecin dans son intuition et à renforcer sa décision médicale, ils ne permettent pas d'anéantir l'incertitude diagnostique qui restera toujours présente.

5.6.3 L'art de la médecine

« La médecine se définit comme la science qui a pour objet la conservation et le rétablissement de la santé. Elle assure le fonctionnement régulier et harmonieux de l'organisme en préservant ses fonctions vitales. Mais la médecine peut également s'entendre comme un art, au sens où l'art réside dans l'ensemble des moyens ou procédés qui tendent à une fin. On peut dire alors que la médecine est l'art de prévenir et de soigner les maladies de l'homme. L'art médical désigne ainsi l'adresse, l'habileté, le savoir-faire que met en œuvre le médecin pour atteindre cette fin qu'est la préservation de la santé. » (25)

« Or, le fait qu'on parle d'art médical, et non seulement d'une science de la médecine, implique qu'on ne se cantonne pas à un seul travail de reconnaissance dans le cadre de la médecine mais qu'on y affronte l'indéterminé, l'indétermination de toute pathologie quand elle vient menacer le vivant. »(25)

C'est principalement parce que l'incertitude est omniprésente que la médecine s'apparente à un art. Même avec la plus grande quantité de connaissances, le médecin ne peut prédire l'évolution de toutes les situations cliniques. Car chaque patient et chaque situation est bel et bien unique. La maladie ne comprend pas que des procédés organiques mais se nourrit également du milieu de vie du patient, de son état psychique, de ses habitudes de vie, de ses interactions avec autrui. C'est bien parce qu'il faut apprendre à intégrer toutes ses composantes dans l'évaluation de l'état de santé d'un patient qu'une

machine ne pourrait remplacer l'homme. Car la communication et l'inter-subjectivité de la relation qui se crée est essentielle et irremplaçable.

L'art de la médecine s'apprend avec la pratique, chaque médecin trouve sa palette de couleurs : choisit les bons mots pour parler de prévention à ce patient, donne des explications plus approfondies à celui-ci, fait de la place à la détresse et à l'anxiété, juge qu'il faut intensifier le traitement pour untel et attendre encore un peu pour un autre, veut revoir celui-ci dans trois mois et celui-là la semaine prochaine parce qu'il traverse un deuil. Il y a énormément de variables qui rendent chaque situation unique. « L'art médical se résume ainsi dans toute la délicatesse et l'âpreté d'une pratique qui doit concilier l'universel d'une exigence ou d'une attente avec le particulier d'une réponse. »(25).

En intégrant l'unicité et l'histoire du patient, la décision médicale devient ajustée, personnalisée. Elle comprend, au côté du savoir médical, cette partie d'humanité nécessaire au bien-être du patient et du médecin.

6. SYNTHESE PRATIQUE

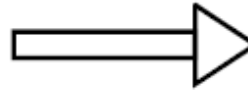
Afin de synthétiser mes résultats sur un support accessible, j'ai élaboré un dépliant reprenant les principaux outils d'aide à la gestion de l'incertitude diagnostique. Il est destiné aux médecins généralistes et permet un accès et une diffusion plus simple des résultats.

Ces outils d'aide à la gestion restent des hypothèses et leur utilité dans la pratique quotidienne serait à démontrer par une recherche supplémentaire, possiblement quantitative.

OUTILS D'AIDE A LA GESTION DE L'INCERTITUDE DIAGNOSTIQUE

I - GESTION DE LA DEMARCHE DIAGNOSTIQUE

- Bases solides



- Anamnèse détaillée, temps d'écoute suffisant
 - Examen clinique minutieux, orienté
 - Observer l'attitude non verbale

Éliminer les urgences

- Examens complémentaires

- S'aider d'examens à résultats rapides (biologie)

- Savoir demander un avis

Spécialiste

- Avis téléphonique
- Consultation

*Situation complexe / inédite
Incertitude qui dure*

Confrère

- En dehors de la consultation :
Réassurance sur la PEC
Situation complexe / inédite
- Pendant la consultation |
Situation inédite (dermato++)

- Programmer un suivi

- Par téléphone ou lors d'une nouvelle consultation
- +/- rapproché selon la gravité potentielle et le degré d'incertitude

- Faire un traitement d'essai

- Aide au diagnostic
- Possible avant consultation avec spécialiste (ttt antalgique)

- Noter suffisamment dans le dossier

- Données de l'interrogatoire
- Données de l'examen : signes retrouvés et signes cherchés non retrouvés
 - Synthèse : noter les hypothèses diagnostiques
 - Consignes de surveillance données : le noter

- Faire des recherches personnelles

- Sur la situation clinique : refaire le point sur les données actualisées (livre, Internet)
 - FMC : continuer de se former

II - GESTION DE LA COMMUNICATION

• Expliquer

Partager son incertitude et son raisonnement

- Savoir dire « je ne sais pas » mais contrebalancer avec une affirmation ex: « mais ça ressemble à ça »
- Rester dans une dynamique d'action, intégrer le patient avec le « on »: « on va chercher », « on va faire des examens »

Présenter les hypothèses diagnostiques

- Justifie l'évolution d'une hypothèse à une autre
 - Evite l'impression d'erreur diagnostique
- +/- expliquer leurs prises en charge individuelles

Expliquer l'hypothèse principale et la démarche diagnostique

- Synthèse primordiale en fin de consultation
- Présenter l'hypothèse principale et la démarche pour l'affirmer
 - Si pas d'hypothèse prédominante : donner un terme positif pour décrire l'état actuel du patient : « vous avez une inflammation »
- +/- Evoquer de nouveau une autre hypothèse et présenter sa prise en charge

Education du patient

- Signes à surveiller justifiant une nouvelle consultation, orientant vers une hypothèse plutôt qu'une autre
 - +/- signes d'alerte justifiant une prise en charge aux urgences
- Donner une durée approximative maximale des symptômes

Explications suffisantes

▸ **Décision partagée :** patient acteur de sa prise en charge, propose des solutions discussion ouverte

▸ **Renforcement d'une relation de confiance :** alliance avec le patient, adhésion à la prise en charge, diminue le risque d'erreur, rassure patient et médecin

• Rassurer

- Relativiser la gravité, termes positifs, éléments rassurants mis en avant (commenter l'examen clinique en éliminant la gravité),
- Recentrer autour de la force intrinsèque du patient sujet et acteur « si vous guérissez »

• Honnêteté / Transparence

- Faire preuve d'humilité : reconnaître le doute, l'erreur
- Présenter la nature d'un éventuel ttt d'essai et son intérêt
- Envers soi-même : reconnaître les limites de ses connaissances /compétences

• S'adapter au patient

- Vocabulaire adapté au patient, à la situation, au contexte
 - Doute plus ou moins nuancé (patient anxieux)

III - GESTION DE SES ÉMOTIONS



Appréhension / Inquiétude

- **Peur de l'erreur diagnostique, d'une mauvaise évolution**
 - Reprendre les données objectives de la consultation
 - S'aider des examens complémentaires, surtout ceux avec résultats rapides (biologie)
 - Organiser un suivi plus rapproché : rappel téléphonique, nouvelle consultation
 - Favoriser la communication
- Avec le patient : l'intégrer à la prise en charge, maintenir une relation de confiance
- Avec des collègues, des spécialistes : ne pas hésiter à demander de l'aide, un avis
- Se remettre en question, garder une réflexion constante, faire des recherches personnelles
- **Peur de ne pas réussir face à une situation compliquée, stress d'anticipation**
 - L'accepter comme faisant parti du métier
 - Trouver sa technique de relaxation : sport, yoga, méditation, musique etc



Tristesse / Déception

- **De ne pas avoir la réponse à tout, de percevoir les limites de ses connaissances, de ne pas se sentir suffisamment compétent**
 - Valoriser ses points forts, reconnaître ses domaines de compétence
 - Continuer de se former
- **De ne pas trouver de diagnostic après des mois de recherche, de ne pas pouvoir aider son patient**
 - Reprendre son raisonnement, redonner des explications au patient
 - Reconnaître tout le travail effectué
- **De constater que son patient n'est pas satisfait et va chercher une réponse ailleurs (confrère ou médecine alternative)**
 - Se mettre à la place du patient et chercher à comprendre ses raisons



Colère / Contrariété / Frustration

- **De savoir que notre prise en charge n'est pas la meilleure : (surenchère d'examen, décision guidée par la peur)**
 - Reconnaître ses faiblesses, les accepter
 - Chercher à s'améliorer, savoir que notre pratique va évoluer avec l'expérience, tirer des leçons de nos erreurs.
- **De ne pas avoir un accès rapide au spécialiste**
 - Accepter ce qu'on ne peut pas changer, ne pas se culpabiliser

IV - LES PIEGES A EVITER

● La surenchère d'examens

- Examens justifiés par la situation clinique actuelle ?
- Ou seulement pour se rassurer ?

● Se laisser gagner par la peur de l'erreur, le stress

● Conclure trop vite à un diagnostic

● Ne pas écouter suffisamment le patient

- Prendre en compte son histoire, le contexte
- Ecoute attentive
- Interrogatoire non orienté

● Ne pas prendre le temps

▫ D'expliquer

- Faire une synthèse à chaque consultation
- Donner suffisamment d'informations, de manière claire
- S'assurer que le patient ait compris
- Tenir le patient au courant de l'évolution (avis des spécialistes...)

} **Maintien
d'une relation
de confiance**

- De noter dans le dossier
 - Suivi de qualité

● Ne pas savoir reconnaître ses limites,

- Passer la main quand cela devient nécessaire

V - CULTIVER L'INCERTITUDE DIAGNOSTIQUE

● Bienfaits de l'incertitude

▫ Situations stimulantes

- Sur le plan personnel : curiosité, éveil, sort de la routine
- Sur le plan professionnel : réévaluation et approfondissement de ses connaissances : amélioration de sa pratique

▫ Moins de risque d'erreur diagnostique

- Rester attentif aux nouveaux signes, en éveil
- Ne pas s'enfermer dans un diagnostic

J'ai transmis ce petit guide à quelques médecins généralistes, dont certains étaient des médecins interrogés, afin de recueillir leur impression et leur avis sur le fond et la forme et de ce dépliant. Voici quelques avis recueillis :

« Sur la forme, le guide est clair, va à l'essentiel, facile à lire. Sur le fond, c'est ce que l'on fait de manière inconsciente mais le guide permet de faire le point sur sa situation, de s'interroger, de se remettre en question pour au final savoir relativiser et aussi s'améliorer. On est beaucoup à vouloir se rassurer par un avis spécialisé ou d'un confrère, ce qui pose la question des délais de consultations et des moyens de communication entre médecins mais ça c'est un autre sujet... »

« J'ai lu vite fait et j'ai trouvé ça intéressant.

Pas comme un algorithme auquel se référer systématiquement mais comme un guide à lire de temps en temps pour prendre du recul sur sa pratique dans les moments où on n'y voit plus très clair.

Je pourrai le montrer à mon interne actuelle? »

« Le guide est bien fait, assez clair et concis, peut être plus applicable aux jeunes médecins et internes... »

« Très bonne synthèse à mon humble avis. Je trouve ça très clair. Rien à redire. »

7. CONCLUSION

L'incertitude est omniprésente, de manière quotidienne dans la vie personnelle et dans l'exercice professionnel du médecin généraliste. Quelles que soient les années de pratique, elle demeure inévitable et représente un défi permanent pour le médecin.

Un premier moyen de gestion, présenté par la totalité des médecins, repose sur une démarche diagnostique rigoureuse. Le deuxième outil nécessaire à une bonne gestion de la situation d'incertitude diagnostique est une communication efficace. Afin de rassurer le patient mais aussi dans le but de se rassurer, donner des explications approfondies sur la situation clinique est un élément capital, notamment pour préserver la relation de confiance.

C'est grâce à des explications suffisantes que le patient peut adhérer à la prise en charge et y participer entièrement pour aboutir à une décision partagée. Correctement informé, le patient devient acteur de sa santé et peut devenir un allié sur le chemin de l'incertitude diagnostique.

Les situations d'incertitude diagnostique génèrent des émotions, qui ont été plus ou moins conscientisées par les médecins interrogés. Pour ne pas se laisser gagner par la peur de l'erreur, les médecins reprennent les données objectives de la consultation, organisent un suivi plus rapproché, s'aident d'examens complémentaires et demandent un avis extérieur dès que cela est nécessaire. Les médecins trouvent ainsi des moyens personnels de gestion, notamment en renforçant la communication avec le patient, conscient de l'importance d'une relation de confiance. Il semble aussi que c'est en identifiant l'émotion et en la modulant qu'elle devient acceptable et acceptée par le médecin et le patient. Grâce à une discussion ouverte, mettant en avant une intelligence communicationnelle et émotionnelle, le médecin pourrait transformer la peur ou le stress en source d'énergie.

Habilement, le médecin manie les données médicales et la communication, en y associant sa personnalité et ses émotions. Cette compétence créative, en alliance avec le patient permettrait d'aboutir à l'art de bien faire son métier et à celui d'être bien dans son métier.

Retrouvés dans plusieurs entretiens, les bénéfices de l'incertitude sont également bien identifiés par les médecins. L'incertitude diagnostique permet de garder l'esprit en éveil et de stimuler la réflexion. Par ailleurs, l'incertitude permet de diminuer le risque d'erreur diagnostique.

Au final, l'hypothèse est qu'avec l'aide d'une démarche diagnostique rigoureuse et d'une communication honnête et approfondie avec son patient, le stress et la tension qui accompagnent certaines situations d'incertitude diagnostique peuvent devenir des sources d'énergie. A deux, médecin et patient cheminent plus sereinement vers le diagnostic. Lorsqu'elle est partagée et acceptée par le patient, l'incertitude ne serait plus un problème mais bien un challenge, stimulant la réflexion personnelle et pouvant donner une réelle satisfaction au médecin, retrouvant l'intérêt de son métier. Ces moyens de gestion seraient à confirmer auprès d'un panel plus large, éventuellement par une étude quantitative. Il semblerait qu'ils permettent au médecin, dans toute la variété et la complexité des situations rencontrées, d'exercer plus sereinement l'art de la médecine.



A handwritten signature in black ink. The signature reads 'J. VORILHON' in a stylized, cursive font. Below the name, the words 'Président du jury' are written in a smaller, more legible hand.

8. BIBLIOGRAPHIE

1. Sanche G., Caire Fon N. Quand l'incertitude s'en mêle, travailler sans filet. Le médecin du Québec mai 2010 ; 45(5) : 37-41.
2. Simone Bateman. A propos de l'incertitude dans la pratique médicale. Sciences sociales et santé 2010/1 (Vol28), pages 71 à 80
3. Cécile Parnière. Incertitude diagnostique : quels ressentis pour les patients ? Amiens, Thèse. 2017.
4. Géraldine Bloy. L'incertitude en médecine générale : sources, formes et accommodements. 2008, Sciences Sociales et Santé.
5. Lorenzo Mathieu. Tolérance à l'incertitude en médecine générale. Faculté de médecine de Strasbourg ; thèse, 2013.
6. Marie Prince. Gestion de l'incertitude en médecine générale. Faculté de Limoges. Thèse. 2013.
7. Elisabeth MAJEWSKI. Incertitude diagnostique en dermatologie et place de la télédermatologie en Médecine Générale dans le Nord et le Pas-de-Calais. Lille, Thèse, 2018.
8. Anne-Sophie THIRY. Quelle est la perception du « gut feeling » dans la prise de décision par des médecins généralistes exerçant dans le Lot-Et-Garonne ? Thèse, 2016.
9. Laurence Kohn, Wendy Christiaens. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. Reflets et perspectives de la vie économique 2014/4 (Tome LIII), pages 67 à 82.
10. Guenter D., Fowler N., Lee L. L'incertitude clinique : aider nos étudiants. Can Fam Physician january 2011 ; 57 : 123-125.

11. Jacques Cosnier : Psychologie des émotions et des sentiments. Lyon.2015. disponible sur http://www.icar.cnrs.fr/pageperso/jcosnier/articles/Emotions_et_sentiments.pdf
12. Antoine Bioy, Marie-Carmen Castillo, Marie Koenig : Les méthodes qualitatives en psychologie clinique et psychopathologie. Univers Psy, DUNOD. Janvier 2021.
13. Haute Autorité de Santé- Colloque HAS : Construction et dialogue des savoirs : vers de meilleures décisions individuelles et collectives en santé. Novembre 2019.
14. François Vatin, Alain Caillé ,Olivier Favereau - Réflexions croisées sur la mesure et l'incertitude -Revue française de gestion 2010/4 (n° 203), pages 163 à 181. Disponible sur le lien : <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-gestion-2010-4-page-163.html>
15. Laurence Tessier- Terrain : anthropologie et sciences humaines. Scènes médicales de la simulation. 2019. Disponible sur : <https://journals.openedition.org/terrain/17713>
16. Victoria Pellé-Reimers : Soyez rationnels, écoutez votre intuition. Harvard Business Review France. Janvier 2021. Disponible sur : <https://www.hbrfrance.fr/chroniques-experts/2021/01/32924-soyez-rationnel-ecoutez-votre-intuition/>
17. François Goupy, Pr Claire Le Jeune : La médecine narrative, une révolution pédagogique ? Editions Med-Line; 2018. p 61
18. Groupe intelligence collective, disponible sur <http://ic.fing.org/texts/synthese-des-definitions>.
19. Florence Reznik. Le groupe Balint, une autre façon de penser le soin- Le Journal des psychologues 2009/7 (n° 270), pages 29 à 30.
20. Greenhalght, Hurwitz B : «narrative based medicine: dialogue and discourse in clinicalpractice» London : BMJ books 1998.
21. François Goupy, Pr Claire Le Jeune : La médecine narrative, une révolution pédagogique ? Editions Med-Line; 2018

22. François Goupy, Pr Claire Le Jeune : La médecine narrative, une révolution pédagogique ? Editions Med-Line; 2018. p 26-28.
23. François Goupy, Pr Claire Le Jeune : La médecine narrative, une révolution pédagogique ? Editions Med-Line; 2018. p 31-21.
24. J. Chouilly, P.Ferru, D. Jouteau, O.Kandel : Pour un retour au raisonnement clinique, ou comment apprivoiser l'incertitude diagnostique. Editions Global Media santé.2019
25. F.Grolleau : Y a-t-il un art médical ? Lelitteraire.com.2012. Disponible sur <http://www.lelitteraire.com/?p=2184>

9. ANNEXES

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE DES CARACTERISTIQUES GENERALES DES MEDECINS

- Age, sexe

- Quel est votre statut professionnel ?

- En activité depuis combien de temps ?
 - Activité urbaine /semi rurale /rurale ?
 - En groupe /isolée ?
 - Enseignement (MSU ?), formation continue ?

ANNEXE 2 : GRILLE D'ENTRETIEN INITIALE

- Racontez-moi la dernière fois où vous avez eu une incertitude diagnostique, hors situation d'urgence.
- Comment vous sentiez-vous lors de cette situation ?
- Quelles étaient les difficultés ressenties ?
- Avez-vous une stratégie pour gérer ces situations ?
- Si oui, laquelle ?
- Présentez-vous votre raisonnement au patient ?
- La situation a-t-elle engendré une réflexion par la suite ? Avez-vous fait des recherches ? En avez-vous parlé à des collègues ?

Thèmes à aborder :

- Ressenti émotionnel
- Honnêteté avec le patient
- Discours adapté au patient
- Examens complémentaires
- Avis spécialisé et dans quel délai
- Programmer un contrôle
- Traitement d'essai, honnêteté
- Recherches par la suite / discussion avec pairs

ANNEXE 3 : GRILLE D'ENTRETIEN REVISEE

- Racontez-moi la dernière fois où vous avez eu une incertitude diagnostique, hors situation d'urgence.
 - Lors de ces situations, quelles émotions ressentez-vous ? Vous arrive-t-il d'y repenser en dehors du cabinet ?
 - Avez-vous une stratégie pour gérer ces situations ? Si oui, laquelle ?
 - Présentez-vous votre raisonnement au patient ? Adaptez-vous votre discours au patient en face de vous ?
 - Vous sentez-vous obligé de donner un diagnostic à chaque symptôme ou signe ?
 - Y a-t-il des situations où vous n'avez aucune idée de l'origine des symptômes ? Que dites-vous au patient dans ces cas là ? Que faites vous ?
 - La situation a-t-elle engendré une réflexion par la suite ? Avez-vous fait des recherches ? En avez-vous parlé à des collègues ?
 - Travailler seul vous pèse-t-il dans ces situations ? OU Travailler en maison de santé vous aide-t-il dans ces situations ?
 - Question de synthèse : En faisant mes recherches, j'ai trouvé trois axes de prise en charge de l'incertitude diagnostique
 - o La gestion des émotions que cela vous procure, que ce soit pendant la consultation ou après
 - o La gestion de la démarche diagnostique en elle-même
 - o La gestion de la communication avec le patient
- Qu'en pensez-vous ? Avez-vous des suggestions ?

ANNEXE 4 : EXEMPLE DE LA PHENOCOPIE

Analyse et extrait de l'article suivant :

Laurence Tessier- Terrain : anthropologie et sciences humaines. Scènes médicales de la simulation. 2019. Disponible sur : <https://journals.openedition.org/terrain/17713>

Dans un centre aux Etats-Unis, il semble important pour une part de la population de savoir si on commence à montrer des signes de démence de manière précoce. Comme les patients sont vus autour de 60 ans, tous ne présentent pas de signes suffisamment francs pour poser un diagnostic. Dès lors, sur un ressenti clinique, sur une imagerie cérébrale qui pourrait concorder et sur les dires des proches que l'on décide de croire : un patient peut être diagnostiqué dément à 60 ans. Si dans le suivi, un an plus tard, son état ne s'est pas dégradé, le diagnostic est remis en question : "ce n'était peut-être pas une démence en fait" et plutôt que de dire : "on ne sait pas ce qu'il a, c'est trop tôt pour le savoir" et donc de rester dans l'incertitude, ils disent : "vous faites partie de la phénocopie", qui est ce terme choisi pour désigner ces patients borderlines, qui pourraient correspondre à une démence débutante mais qui ne se dégradent pas assez... (définition de phénocopie : « modification non héréditaire, due à des conditions particulières de milieu, et qui simule un phénotype semblable »).

Le point positif c'est que cela permet de continuer à le suivre dans le centre ce qui n'aurait pas été le cas si ils avaient dit "on s'est trompé, vous n'avez pas de démence" (ce qui fait perdre en crédibilité)... et donc de laisser la porte ouverte à de nouveaux signes qu'ils pourraient développer. Cela permet donc d'enrichir la recherche en neurologie et en pathologie dégénérative, ce qui serait, certes pas impossible, mais bien plus difficile, si les patients étaient restés dans le flou d'une incertitude, qui non délimitée par un nom, ne permet pas le regroupement des patients.

Extraits de l'article (15) : « *Pour ces scientifiques, la phénocopie a également valeur de remplacement (c'est un double de la démence fronto-temporale) et de protection (du travail de connaissance). Elle protège donc la recherche scientifique de l'ignorance en lui ouvrant un champ exploratoire. En situation d'incertitude, elle offrirait la possibilité d'explorer une nouvelle gamme de symptômes et d'approfondir la connaissance des maladies cérébrales. La*

phénocopie a pour fonction de protéger le jugement de l'indécidabilité : à la place du désaccord, de l'ambiguïté du neurologue ou des limites floues de ce que les gens font parfois, il pourrait y avoir la phénocopie (plutôt que l'incertitude). ».

« On peut ainsi trouver une voie de résolution grâce à la phénocopie : en la construisant comme un atout pour une démarche de recherche et comme une voie de compromis entre les cliniciens. Elle peut alors être décrite comme un outil langagier qui permettrait de s'ajuster utilement à ces moments marqués par la difficulté de la réalité, sans être toutefois en mesure de nous réconcilier entièrement du « divorce de la pensée et de la réalité »

ANNEXE 5 : ENTRETIEN NUMERO 6 EN INTEGRALITE

« -Donc le sujet c'est la gestion des situations d'incertitude diagnostique en médecine générale, en éliminant toutes les situations d'urgence...

-D'accord

-C'est-à-dire que voilà, si on a un doute sur une appendicite, on ne réagit pas de la même façon donc j'ai éliminé les situations où il y a une urgence ressentie. J'essaie de voir si on peut trouver une stratégie. Donc, ce sont toutes ces situations où on ne sait pas forcément le diagnostic, soit parce que la clinique correspond au tout début d'une maladie ou soit parce qu'on ne sait pas, juste parce qu'on ne peut pas tout savoir. C'est assez fréquent en médecine générale et j'ai trouvé qu'on ne nous apprendait pas comment gérer ces situations à la fac.

- Tout à fait. Très intéressant comme sujet.

- Donc on peut commencer en racontant une situation où ... je peux te tutoyer ?

- Oui, bien sûr, ça me fait du bien. (rires)

- Donc une situation, n'importe laquelle, celle qui te vient en tête où il y a eu une incertitude diagnostique.

- Hum.... Une incertitude diagnostique... Alors je pense que le plus embêtant, ce qui ne relève pas de l'urgence mais qui pose vraiment problème au quotidien en médecine générale, c'est tout ce qui est douleur abdominale. La prise en charge d'une douleur abdominale c'est effectivement déjà de voir qu'il n'y ait pas d'éléments de gravité qui nécessitent une prise en charge en urgence et au-delà de ça, c'est quelque chose qui invalide pas mal les gens et qui nous, une fois qu'on a mis une main sur l'abdomen et qu'on a quand même un abdomen qui est bien souple etc ... ils sont très demandeurs d'un diagnostic précis et nous, pour leur fournir vraiment quelque chose de concret sans aides paracliniques c'est un petit peu plus compliqué. Je pense que la situation la plus délicate en terme d'incertitude et de prise en charge c'est peut-être la diverticulite, tu vois. Ce n'est pas quelque chose de quotidien en médecine générale mais c'est peut-être mensuel quand même... Bon après, un cas précis de diverticulite... j'en ai eu un, je crois que c'était un patient d'une cinquantaine d'années, après c'est souvent un peu frustré parce que c'est sur des terrains un peu de colopathie fonctionnelle ; la difficulté c'est « est-ce que c'est une nouvelle crise ou est-ce que c'est plus ? » ... « est-ce que vraiment là on le gère comme ça ou est-ce qu'on essaie les antibiotiques ? » tu vois. C'est la première chose qui me vient en tête, en tout cas en terme

d'incertitude c'est une situation, parmi tant d'autres, qui nous met en difficultés. Souvent, moi je leur dis : « je pense que », mais tu ne peux pas leur dire avec certitude, je ne peux pas l'affirmer que sur la base de ma clinique quoi. Donc... donc voilà.

- Et du coup, comment est-ce qu'on le présente au patient ...quand on ne sait pas trop ?

- Alors, souvent moi ce que je leur dis c'est voilà, sur l'examen clinique, l'examen de l'abdomen il est rassurant, on a un abdomen bien souple, je leur explique hein chaque fois, j'essaie toujours de donner des mots qui sont clairs. J'explique voilà, que je n'ai pas de réaction de défense qui nous ferait avoir une prise en charge en urgence, que c'est probablement, le plus, en terme de fréquence et par rapport à ce qu'il décrit en terme de symptômes, et ce qu'on peut palper, ça, mais que pour l'affirmer et pour aller voir un petit peu dans quel délai d'urgence relative il faut faire les examens complémentaires, il serait bien, alors souvent moi je leur dis « d'abord on fait une petite prise de sang », ça nous permet de débrouiller un peu en terme de syndrome inflammatoire, ce qu'on peut avoir etc. Et après, ben euh... on discute avec le patient, alors moi je suis plutôt sur un modèle où je propose un peu les différentes solutions au patient et on en discute ensemble, je ne suis pas très paternaliste, c'est plutôt la nouvelle génération où on impose peut-être un peu moins les choses. Souvent, on leur dit « il faut qu'on aille débrouiller un peu ça pour voir si on a besoin d'un scanner plus rapidement que ce que je peux penser », et puis après... sur la diverticulite si on prend ce cas-là, ben soit on fait un traitement symptomatique « vous surveillez bien votre fièvre, vous surveillez bien les symptômes et sous 48h, si jamais ce n'est pas mieux, voire c'est pire, vous revenez me voir », soit du coup ça reste stable et à ce moment-là en fonction de la prise de sang on revoit et on refait le point pour voir si le scanner etc, on a besoin de demander un rendez-vous plus ou moins rapidement ou si on peut faire un point à froid. Voilà, c'est souvent un peu dans...la discussion, oui c'est souvent...je trouve que l'incertitude diagnostique elle est...elle est comment dire... il faut se baser sur l'anamnèse en fait, vraiment les patients ils ont tendance à nous dire « bon la c'est supportable mais il faut qu'on trouve quand même parce que ça me porte peine au quotidien et là aujourd'hui... »

- Oui, on peut tirer beaucoup d'informations ...

-Oui, déjà quand ils passent la porte, des fois rien qu'au faciès on se fait une idée un petit peu de ce qui peut en être en terme de délai raisonnable. Toute l'incertitude diagnostique, c'est de ne pas passer à côté d'un truc, un truc qui pourrait...

- Etre plus grave

-Etre plus grave oui carrément, c'est vraiment ça. Après la difficulté actuellement moi je trouve, en tant que jeune installée c'est que du coup, les patients ont quand même tendance à savoir qu'on a beaucoup d'exams à proximité et à disposition et souvent... ben on a des recommandations qui nous disent là par exemple il n'y a pas besoin d'examen complémentaire etc. Et en fait, souvent... ça ne passe pas, de leur dire « vous prenez le doliprane et du spasfon et on se revoit si ça ne va pas », souvent c'est mal vécu, parce que c'est plutôt vécu comme le fait qu'on ne les écoute pas, ou qu'on ne les entend pas, et qu'on ne les prend pas au sérieux. Et du coup, nous en parallèle... alors moi dans mon cas, c'est peut-être lié au fait que je manque un peu de confiance en moi, mais... des fois tu sais, on a cette obligation de moyens qui fait aussi qu'on se sent un peu obligé de ...

- De faire le maximum oui.

- De faire le maximum, et de dire à la fin :« on a tout éliminé maintenant, il n'y pas ça, ni ça, ni ça ou alors il y a ça et ça confirme ce que j'avais dit » ou alors on change notre fusil d'épaule, mais ... voilà, quand tu sors de la fac tu te dis « je vais faire bouger les choses, je vais faire ce qu'on m'a appris » mais en fait, dans la pratique c'est plus compliqué.

- Oui, c'est peut-être difficile au début d'imposer...

- Oui, tu vois par exemple, je prends un truc lambda, tu fais une angine, tu n'as pas d'incertitude diagnostique, c'est tout le sujet de ta thèse, c'est intéressant, là tu as un test, tu es sûr de ton coup et tu dis « c'est une angine qui est virale, on ne met pas d'antibiotique », mais sur une incertitude diagnostique, si tu leur dis « je ne sais pas exactement ce que vous avez mais on ne fait rien », alors ça dépend il y a des patients qui l'acceptent très bien, qui ne sont pas demandeurs d'exams, qui ne sont pas demandeurs de traitement d'emblée et qui te disent « D'accord, là si vous me dites qu'il n'y a rien de grave, on tempore et on voit ce que ça donne », mais la majorité des gens préfère d'emblée avoir les exams et faire le maximum. Oui vraiment, ça c'est clair et net.

-D'accord. Si on parle un petit peu émotions et ressentis, qu'est-ce que ça peut générer comme sentiment ce genre de situations ? Que ça soit pendant la consultation ou plus tard.

-Chez nous tu veux dire ou chez le patient ?

-Chez nous, chez les médecins.

- Alors c'est ce que je te disais, au tout début où je me suis installée, c'était assez angoissant parce que c'est toujours la crainte de passer à côté d'un truc... et puis par les temps qui courent on sait que c'est un peu plus procédurier etc. Donc au début, tu vois la pratique elle

est un peu dictée... fin moi, ma pratique, elle était un peu dictée par ça, j'avais toujours la peur de mal faire. Après, plus tu en fais, plus tu as plus confiance en toi donc c'est différent. Ça dépend vraiment du patient que tu as en face de toi en fait, si tu as le même mood que le patient et que toi tu es certain d'avoir éliminé les choses graves ou quand tu as un doute, ben de faire ta prise de sang et de savoir ben voila, que tu n'as pas 150 de CRP et qu'après derrière tu es à peu près sûre que le patient ne va pas finir aux urgences avec une péritonite, c'est rassurant. Après... la plus grosse difficulté dans l'incertitude diagnostique, c'est si toi tu es quasiment sûre que ça peut attendre...mais que tu ne peux pas lui assurer à 100% que c'est ça, mais tu as quand même une forte intuition et que lui, il est demandeur de plus de choses que ce que toi tu voudrais faire, ça te met un peu en porte-à-faux parce que tu as un peu l'impression de marcher... de sauter à pieds joints sur ce qu'on t'a appris et sur tes principes, sur ce que tu as envie de faire. Et c'est toute la difficulté de maintenir une relation de confiance avec le patient et puis aussi, encore une fois moi en tant que jeune installée, c'est aussi le besoin de construire une relation et au début montrer au patient que tu es à l'écoute pour qu'après, plus tard, ils commencent à te faire entièrement confiance et que tu puisses après travailler, peut-être différemment. Mais au départ, oui, la plus grande difficulté je crois que c'est quand tu n'es pas sur le même mood que ton patient et que lui, il est exigeant en terme d'examens. Toi, tu te dis « mais il n'y en pas besoin », mais en fait tu te sens un peu obligée parce qu'au fond tu ne peux pas affirmer à 100% que tu ne te plantes pas, en terme de diagnostic, mais parfois en terme de gravité et du coup tu n'as pas trop le choix. Donc des fois, c'est un peu renier ce que tu avais envie de faire et ça c'est un peu dur à vivre. Ce n'est pas culpabilisant mais c'est un petit peu ... tu te dis j'ai fait tout ça et puis finalement... je suis presque obligée de faire le scanner sinon il ne va pas me croire. Puis au fond de toi, tu as peut-être le manque d'expérience qui fait que, comme tu ne peux pas affirmer à 100% « vous avez ça et il n'y a pas besoin d'écho ou de scanner », ben du coup tu le fais.

- Dans le doute oui...

- Oui, tu fais, en te disant « parce que si ce n'est pas ça... ». Mais tu vois déjà en un an, il y du progrès, j'arrive plus à imposer les choses, mais...enfin à imposer ou expliquer au patient le pourquoi du comment et pourquoi on ne le fait pas mais des fois, oui c'est un petit peu frustrant en fait. Du coup, tu te dis, « je ne fais pas bien mon boulot », parce que des fois, tu es dans la surenchère et tu vas trop loin dans les examens, tu sais que ça coûte un fric

monstre et du coup...c'est un peu renier ce que tu voulais faire en sortant de la fac, et puis des fois tu le fais parce que tu te sens un peu obligée de la faire.

- Oui, ça rassure le patient et...

- Et ça rassure le médecin, ah oui. Il ne faut pas tout mettre sur le dos du patient, je pense que le but est de rassurer le patient pour renforcer la relation de confiance et de se rassurer aussi en se disant « je ne vais pas passer à côté d'un truc », et puis au fur et à mesure que tu avances, tu te dis « ben là effectivement, la dernière fois ou les dix dernières fois que je l'ai fait ça ne m'a servi à rien donc je ne le fais plus » et du coup...

- Oui, ça évolue avec le temps.

- Oui, tu vois un autre exemple qui est typique c'est la tendinopathie, que ce soit de l'épaule ou du coude, là le diagnostic est principalement clinique mais souvent on a... tu ne peux pas l'affirmer à 100 %, et du coup le patient, si tu ne leur fais pas faire d'examens, tu leur dis « et on voit ce que ça donne », mais ça ne donne rien parce qu'ils ont toujours mal, ça dure... donc tu finis toujours par le faire... alors que tu es quasiment sûre mais tu as toujours cette incertitude « est-ce qu'il n'a pas une calcification ? », « Est-ce qu'il n'a pas une chondrocalcinose que je pourrais traiter différemment ? ». Il y a toujours le doute qui te fait faire plus même si tu es quasiment sûre de toi.

- Donc, oui, du coup si tu avais une stratégie un peu globale, ça serait d'expliquer beaucoup la situation.

- Oui, carrément, j'explique quels sont les diagnostics les plus probables sur ce qu'ils m'ont dit, sur ce que j'ai trouvé à l'examen clinique et sur la fréquence des choses en épidémiologie. Et puis après, voilà, je leur dis « moi, je ferais comme ça, qu'est-ce que vous en pensez ? », « Ah mais madame, ma voisine elle m'a dit qu'il fallait que je fasse ça ». Bon si je ne suis complètement pas d'accord, je dis « ben non là, ce n'est pas le même cas que la voisine », après ça dépend, soit on temporise et on dit « peut-être qu'on devra le faire, mais, peut-être qu'on peut se laisser un peu de temps aussi pour voir un peu comment ça va évoluer avec ce qu'on va faire aujourd'hui », et puis après voilà, si je vois vraiment qu'ils sont dans l'insistance ou que, oui je l'avais en tête, que j'hésitais un petit peu et que je vois que lui, ça lui ferait du bien... du coup je le fais. C'est toujours un peu ce modèle collaboratif, tu vois, je trouve que c'est ce qui est intéressant dans la relation médecin-patient.

- Oui la décision partagée.

- Tout à fait oui. Puis, les fois où tu as tort ou même les fois où tu as raison, ben du coup le patient est satisfait en fait parce que tu lui dis « si à l'examen qu'on va faire, je ne trouve pas ça, je ne trouve pas ce à quoi j'avais pensé, au moins on pourra revoir la prise en charge, ça pourra aussi être ça et si ce n'est pas ça, on fera différemment, on ira plutôt vers cet examen-là, ou on ira voir tel spécialiste... ». Donc en fait, au-delà de l'échec diagnostique, si jamais on s'est trompé, ils savent qu'il y a une suite à donner, tu vois ils ne sont pas sans solutions derrière. Et à l'inverse, si tu avais raison et que tu leur as expliqué ce que tu cherchais, ça renforce leur satisfaction. Donc je pense que discuter avec ton patient et savoir lui expliquer le pourquoi du comment tu es d'accord ou tu n'es pas d'accord, je pense que c'est important. Plutôt que de lui dire « il faut faire ça et puis voilà », parce que c'est moi qui sait et ça ne se discute pas.

- Oui, expliquer qu'à ce moment même on ne sait pas forcément mais qu'avec le temps on finira peut-être par savoir et que selon comment cela évolue, dans tous les cas on sera disponibles.

- Exactement. Tu vois c'est le concept des rhumatismes inflammatoires par exemple, en médecine générale, les poly-arthralgies, tu leur expliques bien qu'il va falloir cheminer petit-à-petit vers le diagnostic ; « il va falloir faire un bilan biologique, il va falloir faire quelques imageries, que si ça se confirme il faudra peut-être aller voir le spécialiste, que les traitements, ce ne sont pas forcément les plus adaptés tout de suite mais qu'il va falloir être patient parce qu'il va falloir les cibler », voilà. Mais après, du moment que tu leur as expliqué que c'est un cheminement diagnostique, que tu n'es pas sûre du diagnostic final, tu as des hypothèses mais il faut les confirmer ou les infirmer, ils comprennent. Tu vois, ce qu'ils ne comprennent pas en fait c'est que tu leur dises « ben je ne sais pas, mais... voilà. », là ils se disent : « elle s'en fiche complètement, ça ne va pas ». Où que tu en fasses trop aussi des fois, ils sont aussi capables de te dire « ah bon, mais vous ne trouvez pas que c'est un peu trop », tu dis « ben si peut-être, parce que vous trouvez que c'est tolérable vos douleurs ? », et là, ils peuvent te dire « oh ben oui, pour l'instant peut-être qu'on peut essayer les choses de base », parce qu'ils n'ont pas envie de se lancer, ils n'ont pas le temps, ils ont la flemme ou ils ont trop de boulot et du coup on s'adapte, mais ça c'est de la discussion.

- Oui, communiquer, beaucoup.

- Exactement oui.

-D'accord. Est-ce que du coup, tu te sens obligée de donner un diagnostic ? ou pas forcément ? ou ce n'est vraiment pas un problème de dire « je ne sais pas » ?

- Alors non, ça ce n'est absolument pas un problème, d'ailleurs, j'ai horreur de ça, je n'aime pas du tout, c'est un truc que j'ai toujours dit que je ne ferai jamais. C'est vraiment un truc, je pense... c'est beaucoup plus pertinent pour le patient de lui dire « je ne sais pas mais je vais chercher » que de donner un diagnostic juste pour donner une réponse parce que je trouve que derrière, tu passes presque pour une imbécile et en plus je pense que le patient est capable d'entendre que tu ne sais pas, il est capable d'entendre que la médecine a ses limites, ses failles. Et puis, tu vois il y a pleins de choses, là je pense aux acouphènes, c'est un problème hyper pénible pour les patients, moi souvent ça les fait sourire quand je leur dis à la fin « je suis désolée mais en médecine pour les acouphènes on est nuls, on n'a pas de thérapeutiques qui vont vous sauver la mise, on peut aller voir l'ORL, très probablement qu'il va vous dire qu'il n'a pas vraiment plus de solutions », et ils l'entendent, ils se disent « ben tant pis je vais devoir apprendre à vivre avec », ils font différemment. Mais je pense qu'il faut vraiment considérer le patient, il est capable d'entendre et de comprendre. Tu vois, une fois une patiente est venue me voir car elle avait de la décoloration autour des lèvres, pour toi ça peut paraître anodin, mais pour elle, ça la gênait beaucoup, esthétiquement ce n'était pas très beau. Je lui ai dit « je n'en sais rien », tu vois, vraiment je ne sais pas. Elle me dit « ah bon, je préfère ça parce que moi, j'avais vu X ou Y et on m'a dit « ah oui c'est ça » et un autre « c'est ça » ». Et puis finalement je pense qu'elle préfère attendre, qu'on va continuer de chercher, qu'on ira voir le dermato si il faut mais que voilà, lui dire un truc pour lui donner une réponse non.

- Oui, pas forcément lui donner un diagnostic...

- Non, moi ce que je dis souvent c'est « je ne sais pas, ça pourrait être ça, il n'y a pas de gravité donc ça peut attendre, on va faire ça, on va chercher ou on va attendre, mais en attendant je ne suis pas capable de vous dire exactement ce que c'est mais dès lors qu'on est d'accord que ce n'est pas grave ». C'est surtout pour les enfants tu vois, les parents ils sont contents d'entendre ça, ils ne veulent pas forcément un diagnostic pour leurs enfants, ils ne veulent pas forcément des médicaments, ils ne veulent pas forcément une solution, à l'inverse de l'adulte qui est souvent demandeur, c'est ce qu'on disait tout à l'heure, d'exams ou autres. Les parents, pour leurs enfants, souvent c'est « ah bon, mais vous voulez mettre des antibio, mais vous êtes sûre ? », ils sont vraiment...en fait moins on en fait,

mieux c'est un peu, tout ce qu'ils veulent en passant la porte c'est qu'on les rassure. Et du coup, c'est la que : « ben c'est probablement un virus, ça fait rhino, il n'y a pas d'otite, il n'y a pas d'angine ,il n' y a pas de syndrome méningé », souvent c'est ce qui les fait flipper, donc « vous pouvez rentrer serein, vous mouchez, vous surveillez trois paramètres et puis, on se revoit ». Avec ça, ils sont hyper contents, et en fait souvent ils ne reviennent pas parce qu'ils ont les bases pour pouvoir surveiller correctement, une fois qu'on leur a dit :« surveillez la fièvre, l'alimentation, le comportement », ils ont de la matière, ils ont de quoi faire, ils ne vont pas...ils ne courent pas sur les forums pour voir ce que Pierre, Paul ou Jacques va dire. Tu vois, par exemple, l'incertitude diagnostique chez l'enfant c'est l'adénite méésentérique, souvent ils ont mal au ventre, les parents sont un peu dépourvus, et pareil le gamin est enrhumé ; toi tu n'as rien de formidable à l'examen clinique et une fois que tu leur as expliqué clairement que ce sont des ganglions dans le ventre, et que c'est très probablement lié à ça, ils ne s'attendent pas à plus, ils ne te demandent pas « Pourquoi, comment et à quoi c'est du... et il faut me dire exactement ce qu'il en est ». Et ils savent que très probablement, quand le gamin sera enrhumé une deuxième fois, ça va revenir. Ils savent le gérer et au fur et à mesure du temps ils ne te consultent presque plus pour des problèmes initiaux où tu n'étais pas sûre de ton coup mais où tu as expliqué les choses et voilà... Mais encore une fois, on en revient toujours à la même chose hein, expliquer, discuter, éduquer...

- Oui, expliquer beaucoup.

- Oui, voila.

- Ok, si on prend par exemple une situation où il y a un patient, toujours dans le fait de se demander « est-ce qu'il faut donner un diagnostic ? », un patient qui par exemple dit qu'il avait, il ya trois semaines, mal aux genoux et puis ça le grattait au niveau de la cuisse et puis ça passe, sans vraiment savoir ce qu'il a eu et vient pour savoir. Est-ce que dans ces cas là, on se sent obligé de lui donner une réponse ?

- ça veut dire que quand il vient te voir il n'a plus les symptômes qu'il avait au début ?

- Non, par exemple, quelque chose dont on pense que c'est totalement banal...

- Oui

- Est-ce qu'on essaie de trouver une explication pour essayer de le rassurer ou encore une fois, on lui dit qu'on ne sait pas tout simplement ?

- Alors, moi c'est marrant, parce que pour des petits problèmes de routine comme ça, ils arrivent et ils te disent « mais je pense que c'était ça, ou peut-être ça », et du coup, ils n'ont

pas forcément tord. Moi c'est vrai que quand je suis persuadée que...alors soit effectivement il n'y a plus les symptômes, alors à ce moment là je ne me mouille pas et je dis « ben je ne peux pas savoir je n'ai pas vu ce que c'était au moment donné, il n'y a plus de douleur donc probablement que si ça a cédé depuis quinze jours c'est que ce n'était pas grand-chose et si ça revient, ben à ce moment là, il faudra revenir me voir au moment où vous avez les symptômes. » Si, par contre c'est des petites choses, des petits tracas du quotidien, des petits problèmes de peau, des petits trucs comme ça, ou des fois en dermato c'est dur de donner un diagnostic, en médecine générale, moi je n'ai pas eu une super formation de dermato... je sais éliminer certaines choses, je me dépatouille, souvent je vais leur dire « je ne sais pas exactement ce que c'est mais ça va passer, et puis vous surveillez, voila que ça ne change pas d'aspect », toujours pareil. Mais non, je ne me sens pas obligée de donner un diagnostic, une fois que j'ai éliminé les... pour les petits bobos du quotidien, une fois que je sais qu'il n'y a pas de prise en charge particulière à faire, qu'on ne va pas commencer à rentrer dans une escalade de thérapeutiques etc, et que c'est des petits tracas, je leur dis « voilà, ce n'est pas grand-chose, je ne sais pas exactement ce qu'il en est mais surveillez, pour moi ce n'est pas grand-chose », et voila, ils passent à autre chose, ils sont rassurés.

- Ils acceptent.

- Oui. Je pense vraiment que donner un diagnostic pour donner un diagnostic c'est une mauvaise idée. Bon après, je n'ai pas la science infuse du tout hein, mais en tout cas, c'est vraiment un de mes chevaux de bataille depuis que je suis thésée et depuis que je suis installée c'est de savoir le reconnaître quand tu ne sais pas, parce que je pense qu'ils savent que... ben l'humain a ses failles, et je pense qu'on ne peut pas te reprocher grand-chose si tu as expliqué que tu ne savais pas mais que tu cherchais, pour savoir vers quoi t'orienter, puis si tu ne sais pas il faut savoir passer la main aussi.

- Oui, non mais c'est sûr, je pense que la majorité des médecins fait comme ça mais... ce qui avait un peu inspiré mon sujet moi c'est que j'avais été en stage avec un vieux médecin et euh...devant un petit qui avait une grosse langue fissurée, la mère qui était inquiète, il lui a dit que c'était une mycose et il l'a traité comme une mycose, alors qu'à la fin de la consultation, il m'a dit « en fait moi, je n'en sais rien, je ne sais pas du tout ce que c'est, mais bon ça va surement passer donc bon voila, on a rassuré la mère... » Et moi, je m'étais dis « ah ouais, on peut faire ça ? »

- (Rires), on peut, on peut.

- Mais voilà, ça doit se faire de moins en moins.

- Ouais, c'est vraiment l'évolution du modèle de la relation médecin-patient qui, si on remonte 50 ans en arrière, je pense était très paternaliste... et le patient était différent aussi, il n'attendait pas qu'on lui donne des explications, il attendait juste d'aller voir le gars qui a le savoir.

-Oui, là, la mère, une fois qu'elle a eu un diagnostic, elle était rassurée, ça allait déjà mieux.

- Oui, puis tu sais, des fois quand ils reviennent chez eux, on leur dit « alors, alors, il a quoi ? », « Ah, il m'a dit que c'était un virus », « Oui, mais c'est quoi, c'est une trachéite, c'est une laryngite », tu vois les gens, ils aiment bien mettre des mots sur un truc, et en fait des fois tu leur expliques, avoir une laryngite ou avoir une trachéite, bon à la base c'est un virus, c'est pas très grave. Mais ils aiment bien poser des mots sur ce qu'ils ont et tu peux le concevoir, mais tu peux leur donner des hypothèses sans...le diagnostic, quand tu ne sais pas, encore une fois moi je suis plutôt de cette école là, mais ce n'est pas un reproche du tout, les médecins plus âgés, c'était une autre manière de travailler et je pense que la patientèle était différente aussi. Et c'était moins médiatisé, il y avait moins accès à l'information aussi, maintenant, les gens ont déjà leur petite idée, donc après toute la difficulté c'est d'essayer de défaire un peu leurs légendes et ce qu'ils pensent savoir ou pas. Mais ils ne viennent plus dans cet esprit de « je veux un diagnostic, je veux un traitement, le médecin sait, moi je ne sais pas et je m'en fous, je veux juste qu'on me soigne ». Non, aujourd'hui, ils veulent pouvoir intégrer leur prise en charge, ils veulent pouvoir savoir ce qui se passe, ils veulent comprendre aussi... Bon après pas tous non, il y en a certains, tu le sens tout de suite, ils te disent « mais c'est vous le médecin », et à ce moment là, tu dis « ben moi, je ferais comme ça, vous faites comme ça », tu les connais au bout d'un moment dans ta patientèle. Mais la majorité des gens, c'est plus ça aujourd'hui c'est vraiment une prise en charge à part entière de leur santé. Ce qui est bien, ça responsabilise aussi un petit peu.

- Est-ce que ces situations vont engendrer des recherches par la suite, des réflexions ?

- Oui, il y a forcément les formations, on fait quand même un peu de FMC en médecine générale c'est intéressant, alors après ça va être euh...sur les incertitudes diagnostiques peut-être pas mais sur les problèmes que tu rencontres quotidiennement et qui parfois, d'un patient à l'autre, vont te mettre en difficulté, les lombalgies par exemple, le problème n°1 en consultation ici, c'est les lombalgies. C'est intéressant de faire des formations, après moi c'est surtout quand j'ai une grosse incertitude diagnostique en consultation, une fois que

j'ai...voilà, toujours pareil, une fois qu'on a éliminé la gravité etc, oui des fois ça m'arrive d'aller sur internet, de fouiller un peu sur les sites médicaux, scientifiques, chercher quelques études en travers sur le coup de la consultation, de voir... surtout pour un peu valider ce que tu as en tête, te remémorer un peu ce qu'il y a faire, mais c'est plus pour les situations un peu rares que tu n'as jamais rencontré en fait, après pour le reste, les choses qui reviennent, tu es toujours dans l'incertitude à chaque fois mais qui revient, tu as toujours un peu la même façon de procéder. Par contre pour les consultations où tu es complètement à sec, parce qu'il y en a (rires), ben oui, une fois que tu sais que tu peux, que tu as un peu de temps, tu regardes. Après nous, dans un cabinet de groupe, ce qui est intéressant dans l'incertitude c'est de profiter des expériences des autres.

- C'est justement ma prochaine question.

- Ah ben voilà. Oui, nous on est trois, tu vois ma consœur elle a une expérience de quinze ans de médecine générale derrière elle et mon confrère, il est de la promo au-dessus de moi, un peu comme moi mais il exerce depuis un peu plus longtemps, il n'a pas le même type de patientèle non plus, il a pas mal de gériatrie, moi je vois plus de patients autour de 40 ans et des enfants et notre consœur, elle a pas mal d'enfants et elle a eu une bonne formation en dermato, ce que nous, on a pas eu, au gré des stages ça c'est décidé comme ça. Et oui, je pense que c'est intéressant, alors je ne sais pas depuis que je suis installée, j'ai du demander peut-être cinq, six fois à mon confrère de venir voir et peut-être trois ou quatre fois à ma consœur de venir voir, là où tu sais en fait qu'ils ont des compétences que toi tu n'as pas et vice versa, où des incertitudes comme, bon là pour le coup ce n'est pas trop ton sujet : « est-ce que je devrais partir aux urgences ou pas ? » « Qu'est-ce que tu en penses, tu as déjà vu ? ». Des fois, on bouquine ensemble, et puis on va essayer de mettre en place des petits staffs interprofessionnels là mais bon comme on vient de s'installer c'est un petit peu compliqué mais je pense qu'effectivement, il faut savoir demander quand on ne sait pas. Après quand les confrères ou consœurs, on ne pense pas qu'ils soient capables ou qu'ils n'ont pas le temps, et qu'on sait qu'on peut temporiser, on se tourne vers le spécialiste, il faut se tourner vers les gens qui savent. Je pense que toute la médecine générale, en tout cas moi c'est comme ça que je la conçois et c'est comme ça que je travaille mieux, depuis que j'ai moins l'angoisse de toujours vouloir fournir une réponse à tout... c'est de me dire « voilà, moi mon boulot c'est de faire de la médecine, c'est du premier soin, c'est la définition même de la médecine générale c'est quand le patient vient me voir, mon boulot c'est d'essayer de fournir

des traitements en ambulatoire, d'essayer de juger de la gravité ou pas, de quelle gravité il s'agit, vers qui je dois l'orienter et de pouvoir après être le maillon central dans un réseau qu'il est important d'avoir, et de connaître ses limites de compétences, qui sont forcément à améliorer au fur et à mesure du temps » et je pense qu'au fur et à mesure du temps, tu fais peut-être moins appel à ton réseau mais tu ne peux pas travailler tout seul, tu vois au jour d'aujourd'hui, ce n'est pas intéressant, et puis c'est surtout, je pense, être un peu trop sûr de soi et c'est comme ça qu'on fait des bêtises. Au début quand tu t'installes, tu te dis, « est-ce que mes confrères... » au sein du cabinet non, mais tu vois, alors je sais que ça évolue mais souvent je suis sûre que peut-être ils se disent « oh elle envoie un peu à l'excès » tu vois. Au début, tu as peur d'être jugée, puis tu te rends compte que tes confrères savent aussi que tu viens de t'installer, que tu es jeune et que... je pense qu'ils apprécient aussi de pouvoir t'aiguiller et de t'aider. Et puis après, tu les envoies moins pour ces problèmes là, parce qu'ils te donnent des solutions que tu appliques après. Mais oui, je pense que passer la main quand tu atteins tes limites ou que le patient, tu sens qu'il a besoin aussi d'avoir un autre avis que le tiens, il ne faut pas forcément le prendre pour soi, mais je pense qu'il faut être capable de passer la main au bout d'un moment. Et d'ailleurs, moi tu vois au début, j'avais un peu « honte » de faire appel à ma consœur ou à mon confrère en me disant, les patients vont se dire « celle-là, elle ne sait rien elle fait appel aux autres », et en fait ils sont contents parce qu'ils se sentent écoutés, ils se sentent bien pris en charge, ils se disent « ils travaillent en groupe, c'est bien ». Et ça vaut pour tout, tu vois ça vaut pour quand ils savent que l'infirmier est au courant du dossier parce que tu les as vu, tu en as discuté avec eux, ils se disent « ah mais ils communiquent même avec ...avec le reste », donc en fait, ils ne se disent pas que tu ne sais pas, ils se disent « elle ne sait pas, mais elle va demander », tu vois ce qu'ils n'aiment pas c'est que tu ne saches pas mais que tu t'en fiches.

- Oui, ça fait sérieux.

- Fin je pense qu'ils le voient comme ça, en tout cas, ça n'a jamais été mal perçu, à chaque fois, ils reviennent... je leur dis moi, je leur explique : « là, je pense que c'est ça, on va le faire confirmer ou alors on va demander à mon confrère », et puis au contraire, ils trouvent que c'est bien. Non je pense vraiment que demander de l'aide quand tu ne sais pas c'est intéressant oui.

- Accepter ses limites oui et...

- Tout à fait, il ne faut pas être imbu de sa personne, je crois qu'on apprend des millions de choses en six à neuf ans mais entre la théorie et la pratique, il y a un monde, c'est tout un autre apprentissage qui commence je pense. L'apprentissage sur le terrain se fait aussi au contact des autres qui sont là depuis plus longtemps que toi, qui connaissent la ruralité, qui connaissent parfois les patients d'avant toi. Non, je pense qu'au début j'avais un peu honte, j'avais un peu peur qu'on me juge etc, de la part de mes confrères et puis de spécialistes, je me rends compte que les courriers sont souvent bienveillants, souvent entre les lignes, tu peux lire un peu « tu n'aurais pas forcément besoin de l'envoyer », mais tant pis, tu vois, tu te dis « la prochaine fois, j'essaierai de faire mieux ». C'est mieux que de dire au patient, « ben je ne sais pas mais comme je ne veux pas prendre le risque que mon confrère me trouve nulle, je ne le fais pas », voilà je pense qu'il faut...

- Mettre son égo de côté et...

- Oui, et faire bien pour le patient.

- Du coup, question finale, pour essayer de résumer, en faisant mes précédents entretiens, j'avais un peu trois axes de gestion de l'incertitude diagnostique qui étaient la gestion des émotions, que ce soit pendant ou après la consultation, la gestion de la démarche diagnostique en elle-même et la gestion de la communication avec le patient. Est-ce que ça te paraît être trois axes appropriés, qu'est-ce que tu en penses ?

- Alors, je pense que la gestion des émotions et la communication avec le patient ce sont deux axes qui sont étroitement liés, parce que comme on l'a dit tout à l'heure au début de l'entretien, je pense que la gestion de tes propres émotions et des émotions du patient, elle passe par le fait d'expliquer au patient ce que tu vas faire et en plus toi du coup, de te dire « ben oui c'est cohérent ma démarche, en tout cas ça suit bien ce que j'ai en tête donc on va aller dans ce sens-là », et après...le troisième axe tu m'as dit ?

- La démarche diagnostique

- La démarche diagnostique, je pense que l'expérience joue beaucoup, on en revient toujours au même point. Moi, tu vois je pense, à un an d'installation, parfois je suis un peu dans la surenchère, je pense que parfois je pourrais me passer de certains examens, mais... comme peut-être je manque de confiance en moi, certes de moins en moins, mais encore beaucoup, et que le patient a peut-être besoin aussi de On me dit souvent « mais vous êtes un peu jeune », et le patient, tu sens qu'il a besoin peut-être un peu de ça pour renforcer, pour le rassurer sur le coup et pour le futur, je me dis que ça passe peut-être par là et qu'après... Moi,

voilà, si je devais me faire une autocritique ça serait ça, je pense que parfois je suis un peu dans le « too much ».

- Oui, cette démarche diagnostique peut être influencée par le fait que tu sois au début de la pratique.

-Oui, tout à fait...

- Mais ça évolue

- Mais ça évolue, oui, enfin j'espère que ça a déjà évolué, mais du coup, la démarche diagnostique, comme je t'ai dit, le problème c'est cette obligation de moyens, c'est une très bonne obligation hein, mais du coup tu te dis « ben si je ne fais pas un scanner ET QUE il a ça, ET QUE je suis passée à côté, et ben on va me le reprocher », alors que ce que j'ai fait, j'ai coûté cher à la caisse, et ça, par les temps qui courent, c'est un peu embêtant, mais au moins, on me dira, « ben vous avez fait ce que vous aviez envie ... ce dont vous aviez les moyens de faire et... » on ne me collera pas un procès derrière. Enfin, c'est triste, parce que c'est un peu basé sur le fait que mon premier cours de droit à la FAC en P1, le prof a commencé par nous dire « dans votre carrière de médecin, vous aurez au moins un procès dans votre vie », tout l'enjeu de la profession c'est d'arriver à travailler sans que ça en vienne à dicter ta prise en charge. C'est vrai que moi, au début quand j'ai attaqué, j'avais la boule au ventre de ça tous les jours, maintenant un peu moins et j'espère que dans cinq ans ça sera plus du tout. Mais du coup l'incertitude diagnostique elle est étroitement liée à ça aussi donc c'est dur.

- Oui, la peur de l'erreur diagnostique.

- Oui, tout à fait, le risque qu'il y a. Et du coup, la seule difficulté de l'incertitude diagnostique c'est cette obligation de moyens où tu es obligée de tout faire, fin où tu te sens obligée de tout faire et du coup en parallèle ça te met un peu en porte-à-faux avec toi même parce que tu te dis « c'est pas comme ça qu'on m'a appris les choses, il y a des diagnostics qui sont seulement cliniques », mais quand tu vois dans les yeux de ton patient qu'il n'est pas sûr de ton coup, tu vois, tu te dis ben allez. Mais encore une fois, c'est pour les vraies incertitudes hein, quand c'est des choses où le patient ne veut pas te croire mais que toi tu es sûre à 100% de ton coup, ça ne marche plus hein mais bon. Parce qu'il y en a aussi, qui sont certains de mieux savoir que toi, c'est une minorité heureusement. Après, gérer ses émotions, celles du patient et puis la communication ça se regroupe, parce que je pense que c'est la solution, l'un est la solution de l'autre quoi.

- *Pour apaiser...*
- *Oui, pour apaiser les tensions, le climat.*
- *Ok, et bien je pense que j'ai fini. »*

10. SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

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

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

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

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

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

En présence des Maîtres de cette FACULTE et de mes chers CONDISEIPLES, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

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

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

Que les HOMMES m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'OPPROBRE et méprisé de mes confrères si j'y manque.

CLAVILIER A., Directeurs : BERTRAND-JARROUSSE V., MARTY L., Président : VORILHON P.
Gérer l'incertitude diagnostique en médecine générale. *Analyse des réponses mises en œuvre par les médecins généralistes. Proposition d'outils d'aide à la gestion de l'incertitude diagnostique.*
Soutenue le 06/04/2021.

INTRODUCTION : L'incertitude diagnostique est omniprésente en médecine générale. Certaines situations peuvent être complexes et engendrer du stress pour le médecin et pour le patient. C'est pourquoi il est important de chercher des méthodes de gestion pour améliorer la tolérance des situations d'incertitude diagnostique et parvenir à un exercice plus serein.

MATERIEL ET METHODES : Des entretiens semi-dirigés ont été effectués auprès de huit médecins généralistes afin d'explorer les difficultés ressenties et les moyens de gestion mis en œuvre dans les situations d'incertitude diagnostique.

RESULTATS : Il existe différents types de situations d'incertitude diagnostique, selon le degré d'urgence ressenti et la durée de l'incertitude. Elles engendrent des difficultés dans la pratique quotidienne comme le fait de devoir prendre un risque. Ces situations peuvent engendrer du stress et de l'inquiétude pour le médecin comme pour le patient. Une démarche diagnostique rigoureuse est indispensable. La communication avec des confrères ou des spécialistes ainsi que la discussion avec le patient sont des moyens de rassurer patient et médecin. Par le biais d'explications claires et approfondies, le médecin peut intégrer le patient à la prise de décision ; cela renforce la relation de confiance et permet une meilleure gestion du stress.

CONCLUSION : Chaque situation d'incertitude diagnostique est unique et chaque médecin trouve ses propres moyens pour les appréhender. Avec l'aide d'une démarche diagnostique rigoureuse et d'une communication honnête et approfondie avec son patient, le stress et la tension qui accompagnent parfois les situations d'incertitude diagnostique peuvent devenir des sources d'énergie. L'hypothèse est, qu'une fois qu'elle est partagée et acceptée par le patient, l'incertitude ne serait plus un problème mais bien un challenge, stimulant la réflexion personnelle et pouvant donner une réelle satisfaction au médecin.

MOTS-CLES : Incertitude, relation médecin-patient, diagnostic, communication, émotions.