



**HAL**  
open science

# L'incertitude est une composante intrinsèque de la capacité décisionnelle du médecin généraliste : métasynthèse qualitative

Anne-Sophie Bredillet

## ► To cite this version:

Anne-Sophie Bredillet. L'incertitude est une composante intrinsèque de la capacité décisionnelle du médecin généraliste : métasynthèse qualitative. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03531770

**HAL Id: dumas-03531770**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03531770v1>**

Submitted on 18 Jan 2022

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

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



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

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER  
FACULTÉ DE MÉDECINE MONTPELLIER-NÎMES

**THESE**

Pour obtenir le titre de  
**DOCTEUR EN MÉDECINE**

Présentée et soutenue publiquement

Par

**Anne-Sophie BREDILLET**

Le 3 décembre 2020

**L'incertitude est une composante intrinsèque de la capacité  
décisionnelle du médecin généraliste :  
métasynthèse qualitative.**

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Sylvain PAVAGEAU

JURY

Président : Monsieur le Professeur Michel AMOUYAL

Assesseurs : Monsieur le Professeur Hubert BLAIN  
Monsieur le Professeur Jorge LOPEZ CASTROMAN  
Monsieur le Docteur Sylvain PAVAGEAU

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER  
FACULTÉ DE MÉDECINE MONTPELLIER-NÎMES

**THESE**

Pour obtenir le titre de  
**DOCTEUR EN MÉDECINE**

Présentée et soutenue publiquement

Par

**Anne-Sophie BREDILLET**

Le 3 décembre 2020

**L'incertitude est une composante intrinsèque de la capacité  
décisionnelle du médecin généraliste :  
métasynthèse qualitative.**

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Sylvain PAVAGEAU

JURY

Président : Monsieur le Professeur Michel AMOUYAL

Asseseurs : Monsieur le Professeur Hubert BLAIN  
Monsieur le Professeur Jorge LOPEZ CASTROMAN  
Monsieur le Docteur Sylvain PAVAGEAU

## ANNEE UNIVERSITAIRE 2019 - 2020

### PERSONNEL ENSEIGNANT

#### Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves	CALLIS Albert	JAFFIOL Claude	NAVRATIL Henri
ALRIC Robert	CANAUD Bernard	JANBON Charles	OTHONIEL Jacques
ARNAUD Bernard	CHAPTAL Paul-André	JANBON François	PAGES Michel
ASTRUC Jacques	CIURANA Albert-Jean	JARRY Daniel	PEGURET Claude
AUSSILLOUX Charles	CLOT Jacques	JOURDAN Jacques	PELISSIER Jacques
AVEROUS Michel	COSTA Pierre	LAFFARGUE François	POUGET Régis
AYRAL Guy	D'ATHIS Françoise	LALLEMANT Jean Gabriel	PUJOL Henri
BAILLAT Xavier	DEMAILLE Jacques	LAMARQUE Jean-Louis	RABISCHONG Pierre
BALDET Pierre	DESCOMPS Bernard	LAPEYRIE Henri	RAMUZ Michel
BALDY-MOULINIER Michel	DIMEGLIO Alain	LE QUELLEC Alain	RIEU Daniel
BALMES Jean-Louis	DUBOIS Jean Bernard	LESBROS Daniel	ROCHFORT Henri
BALMES Pierre	DUJOLS Pierre	LOPEZ François Michel	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BANSARD Nicole	DUMAS Robert	LORIOT Jean	SAINT AUBERT Bernard
BAYLET René	DUMAZER Romain	LOUBATIERES Marie Madeleine	SANCHO-GARNIER Hélène
BILLIARD Michel	ECHENNE Bernard	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SANY Jacques
BLARD Jean-Marie	FABRE Serge	MARY Henri	SEGNARBIEUX François
BLAYAC Jean Pierre	FREREBEAU Philippe	MATHIEU-DAUDE Pierre	SENAC Jean-Paul
BLOTMAN Francis	GALIFER René Benoît	MEYNADIER Jean	SERRE Arlette
BONNEL François	GODLEWSKI Guilhem	MICHEL François-Bernard	SOLASSOL Claude
BOURGEOIS Jean-Marie	GRASSET Daniel	MION Charles	THEVENET André
BRUEL Jean Michel	GUILHOU Jean- Jacques	MION Henri	VIDAL Jacques
BUREAU Jean-Paul	HERTAULT Jean	MIRO Luis	VISIER Jean Pierre
BRUNEL Michel	HUMEAU Claude	NAVARRO Maurice	

### Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	MARES Pierre
BLANC François	MAUDELONDE Thierry
BOULENGER Jean-Philippe	MAURY Michèle
BOURREL Gérard	MILLAT Bertrand
BRINGER Jacques	MONNIER Louis
CLAUSTRES Mireille	MOURAD Georges
DAURES Jean-Pierre	PREFAUT Christian
DAUZAT Michel	PUJOL Rémy
DAVY Jean-Marc	RIBSTEIN Jean
DEDET Jean-Pierre	SCHVED Jean-François
ELEDJAM Jean-Jacques	SULTAN Charles
GROLLEAU RAOUX Robert	TOUCHON Jacques
GUERRIER Bernard	UZIEL Alain
GUILLOT Bernard	VOISIN Michel
LANDAIS Paul	ZANCA Michel

## Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

### PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick	Parasitologie et mycologie
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BONAFE Alain	Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COMBE Bernard	Rhumatologie
COTTALORDA Jérôme	Chirurgie infantile
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel	Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive
DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
FRAPIER Jean-Marc	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

HEDON Bernard	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian	Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier	Médecine intensive-réanimation
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LARREY Dominique	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MARTY-ANE Charles	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MESSNER Patrick	Cardiologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc	Cancérologie ; radiothérapie

## PU-PH de 1<sup>re</sup> classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie ; transfusion
ASSENAT Éric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLANC Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric	Chirurgie viscérale et digestive
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles	Pédiatrie
CAMU William	Neurologie
CANOVAS François	Anatomie
CAPTIER Guillaume	Anatomie
CARTRON Guillaume	Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume	Cardiologie
CHANQUES Gérald	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CORBEAU Pierre	Immunologie
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COULET Bertrand	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAUVILLIERS Yves	Physiologie
DE TAYRAC Renaud	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE VOS John	Histologie, embryologie et cytogénétique
DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire



DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
HAYOT Maurice	Physiologie
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOENIG Michel	Génétique
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PETIT Pierre	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie

TOUITOU Isabelle	Génétique
TRAN Tu-Anh	Pédiatrie
VERNHET Hélène	Radiologie et imagerie médicale

### **PU-PH de 2ème classe**

BOURDIN Arnaud	Pneumologie ; addictologie
CANAUD Ludovic	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
CAPDEVIELLE Delphine	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CLARET Pierre-Géraud	Médecine d'urgence
COLOMBO Pierre-Emmanuel	Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent	Radiologie et imagerie médicale
CUVILLON Philippe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAIEN Vincent	Ophtalmologie
DORANDEU Anne	Médecine légale et droit de la santé
FAILLIE Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
FUCHS Florent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GABELLE DELOUSTAL Audrey	Neurologie
GAUJOUX Viala Cécile	Rhumatologie
GODREUIL Sylvain	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
GUILPAIN Philippe	Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
GUIU Boris	Radiologie et imagerie médicale
HERLIN Christian	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
HOUEDE Nadine	Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William	Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris	Médecine intensive-réanimation
KALFA Nicolas	Chirurgie infantile

KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MAURY Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olivier	Néphrologie
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François	Pédiatrie
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François	Cardiologie
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire

STOEBNER Pierre	Dermato-vénéréologie
SULTAN Ariane	Nutrition
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max	Ophtalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry	Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne	Endocrinologie-diabétologie-nutrition

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES

### 1<sup>re</sup> classe :

---

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

### 2<sup>ème</sup> classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

### 1<sup>re</sup> classe :

LAMBERT Philippe

### 2<sup>ème</sup> classe :

AMOUYAL Michel

## PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

GARCIA Marc

## PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier (Dermato-  
vénérologie)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

## Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

### MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie	Biochimie et biologie moléculaire
BOULLE Nathalie	Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère	Génétique
CARRIERE Christian	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GIANSILY-BLAIZOT Muriel	Hématologie ; transfusion
HILLAIRE-BUYS Dominique	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PUJOL Joseph	Anatomie
RICHARD Bruno	Médecine palliative

RISPAIL Philippe

Parasitologie et mycologie

SEGONDY Michel

Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

**MCU-PH de 1<sup>re</sup> classe**

---

BERTRAND Martin

Anatomie

BOUDOUSQ Vincent

Biophysique et médecine nucléaire

BOURGIER Céline

Cancérologie ; Radiothérapie

BRET Caroline

Hématologie biologique

COSSEE Mireille

Génétique

GIRARDET-BESSIS Anne

Biochimie et biologie moléculaire

LAVIGNE Géraldine

Hématologie ; transfusion

LESAGE François-Xavier

Médecine et Santé au Travail

MATHIEU Olivier

Pharmacologie fondamentale ;  
 pharmacologie clinique ; addictologie

MENJOT de CHAMPFLEUR  
 Nicolas

Radiologie et imagerie médicale

MOUZAT Kévin

Biochimie et biologie moléculaire

OLIE Emilie

Psychiatrie d'adultes ; addictologie

PANABIÈRES Catherine

Biologie cellulaire

PHILIBERT Pascal

Biologie et médecine du développement et de la  
 reproduction ; gynécologie médicale

RAVEL Christophe

Parasitologie et mycologie

SCHUSTER-BECK Iris

Physiologie

STERKERS Yvon

Parasitologie et mycologie

THEVENIN-RENE Céline

Immunologie

TUAILLON Edouard

Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

**MCU-PH de 2<sup>ème</sup> classe**

---

CHIRIAC Anca

Immunologie

DE JONG Audrey

Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

DU THANH Aurélie

Dermato-vénérologie

GOUZI Farès  
HERRERO Astrid

Physiologie  
Chirurgie viscérale et digestive

JEZIORSKI Éric

Pédiatrie

KUSTER Nils

Biochimie et biologie moléculaire

MAKINSON Alain

Maladies infectieuses, Maladies tropicales

PANTEL Alix

Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

PERS Yves-Marie

Thérapeutique; addictologie

ROUBILLE Camille

Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ;  
addictologie

SZABLEWSKY

Anatomie et cytologie pathologiques

### **Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale**

#### **MCU-MG de 1<sup>re</sup> classe**

COSTA David

#### **MCU-MG de 2<sup>ème</sup> class**

FOLCO-LOGNOS Béatrice

OUDE ENGBERINK Agnès

### **Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale**

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

### Praticiens Hospitaliers Universitaires

BARATEAU Lucie	Physiologie
BASTIDE Sophie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
DAIEN Claire	Rhumatologie
GATINOIS Vincent	Histologie, embryologie et cytogénétique
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
LATTUCA Benoit	Cardiologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOUCHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive





*« La connaissance progresse en intégrant en elle l'incertitude, non en l'exorcisant. »*

Edgar Morin (1921-...)

*« Vous savez, dans la vie, on a toujours le choix. Par contre, certains sont meilleurs que d'autres. »*

CC.

Je dédie cette thèse à mon grand-père, René Bredillet.



## Remerciements

Au Professeur Michel AMOUYAL :

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury, et d'avoir accepté ce rôle sans hésitation. Soyez assuré de ma plus grande gratitude.

Au Professeur Hubert BLAIN :

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail en y apportant votre expérience et vos compétences. Recevez l'assurance de mon plus grand respect.

Au Professeur Jorge LOPEZ CASTROMAN :

Je vous remercie pour l'intérêt que vous avez d'emblée porté à mon travail et je suis très honorée de vous compter parmi les membres de ce jury. Soyez assuré de mon plus grand respect.

Au Docteur Sylvain PAVAGEAU :

Je te remercie sincèrement de m'avoir accompagnée pendant ce SASPAS et d'avoir toujours été à l'écoute pour me permettre d'exercer la médecine générale dans des conditions sereines. Merci de m'avoir fait réfléchir sur la relation médecin-patient, la réflexivité, et de m'avoir soutenue dans mes remises en question pluri-quotidiennes.

Je te remercie également de t'être investi avec autant de rigueur dans ce travail de thèse : ta très grande disponibilité, tes remarques et suggestions, toujours pointues et constructives, m'ont été précieuses.

Ton implication dans la recherche et ta pratique de la médecine générale sont de vrais exemples pour moi, sois certain de ma plus grande estime.













## Acronymes :

**ACP** : Approche Centrée Patient

**BDSP** : Banque de Données en Santé Publique

**BIU** : Bibliothèque inter-universitaire

**CASP** : *Critical Appraisal Skills Programme*

**CNGE** : Collège National des Généralistes Enseignants

**DES** : Diplôme d'Etudes Spécialisées

**DRC** : Dictionnaire des Résultats de Consultation

**DUMG** : Département Universitaire de Médecine Générale

**DMP** : Décision Médicale Partagée

**DUMG** : Département Universitaire de Médecine Générale

**EBM** : *Evidence-based medicine*

**eMERge** : *Meta-Ethnography Reporting guidelines*

**ENTREQ** : *Enhancing Transparency in Reporting Synthesis of Qualitative Research*

**EP** : Embolie pulmonaire / *Pulmonary embolism*

**GEP** : Groupe d'Enseignement Tuteuré

**GF** : *Gut feeling*

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**JAMA** : *Journal of the American Medical Association*

**MeSH** : *Medical Subject Headings*

**MG** : Médecin généraliste/ Médecine générale

**PRISMA** : *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses*

**RCV** : Risque cardiovasculaire

**SFMG** : Société Française de Médecine Générale

**TDR** : Test de Diagnostic Rapide

**WONCA** : *World Organization of National Colleges Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians*



## Table des matières

<b>I) INTRODUCTION .....</b>	<b>27</b>
1. L'incertitude en médecine générale.....	27
2. Le raisonnement clinique .....	30
3. Gérer l'incertitude .....	33
4. Les conséquences de l'incertitude sur les médecins généralistes .....	38
5. Structurer la décision : des outils d'aide.....	40
6. Justification de ce travail, objectif et question de recherche.....	42
<b>II) MÉTHODE.....</b>	<b>43</b>
1. Méthodologie de la synthèse.....	43
2. Approche de la recherche .....	45
3. Stratégie de recherche .....	46
4. Identification et sélection des études.....	49
5. Évaluation de la qualité des études sélectionnées.....	54
6. Lecture et extraction des données. ....	55
7. Analyse des études et extraction des thèmes .....	56
8. Translation des thèmes d'une étude à l'autre.....	56
9. Synthèse des translations .....	58
10. Écriture de la synthèse.....	58
<b>III) RÉSULTATS .....</b>	<b>59</b>
1. Sélection des études :.....	59
1.1 Recherche principale :.....	59
1.2 Recherche complémentaire sur 2019 :.....	60
1.3 Synthèse de la sélection des études : .....	61
2. Description des études :.....	62
3. Évaluation de la qualité des études :.....	73
4. Analyse thématique et translation. ....	74
4.1 Une décision qui s'appuie sur le modèle de l'approche centrée patient, par une relation de confiance et en s'adaptant au patient dans sa singularité.....	79
4.2 Une décision guidée par un sentiment viscéral : le <i>gut feeling</i> .....	83
4.3 Une décision médicale devant être partagée, de même que l'incertitude qui l'accompagne. ....	85
4.4 Une décision contextualisée, influencée par la notion de pression. ....	87
4.5 Une situation conditionnant le ressenti des MG vis-à-vis des expériences vécues. ....	92
<b>IV) DISCUSSION .....</b>	<b>96</b>
1. Discussion du résultat principal .....	96
1.1 ACP, alliance thérapeutique, complexité du patient.....	96
1.2 <i>Gut feeling</i> et principe de précaution. ....	97
1.3 Décision médicale et incertitude partagées. ....	97
1.4 Décision contextualisée, sous pression. ....	99
1.5 Ressenti des MG.....	100
2. Comparaison avec la littérature existante .....	102
3. Discussion de la méthode .....	106
4. Perspectives.....	108
<b>V) CONCLUSION .....</b>	<b>120</b>
<b>VI) BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>121</b>

<b>VII) ANNEXES</b> .....	<b>129</b>
ANNEXE I : Protocole ENTREQ .....	129
ANNEXE II : Guide eMERGe .....	130
ANNEXE III : Grille CASP .....	131
ANNEXE IV : Tableau des résultats de l'évaluation de la qualité des études. ....	133
ANNEXE V : Extrait de la fiche de recueil et d'analyse personnalisée. ....	134
ANNEXE VI : Journal de thématization. ....	136

## **I) INTRODUCTION**

L'incertitude est inhérente à la pratique médicale, et probablement encore plus en médecine générale. Face à la plainte du patient, souvent vague ou mal définie en termes de séméiologie, le médecin peut se sentir parfois démuni, déstabilisé, indécis. Pour G. Bloy, il faut, pour être généraliste, être capable de composer avec la demande, la personnalité et les conditions de vie d'un patient, savoir accepter de ne pas avoir une réponse immédiate à cette demande, savoir prendre du recul par rapport aux protocoles appris durant la formation (1).

### **1. L'incertitude en médecine générale**

L'incertitude est définie par le dictionnaire Larousse comme étant le « caractère de ce qui est incertain » ou encore par l'« état de quelqu'un qui ne sait quel parti prendre, ou état plus ou moins préoccupant de quelqu'un qui est dans l'attente d'une chose incertaine » (2).

En médecine, l'incertitude médicale connaît plusieurs définitions.

Fox (1988) retient trois différents niveaux (3) :

- le niveau 1 correspondant à la maîtrise incomplète ou imparfaite du savoir par le médecin,
- le niveau 2 dépendant des limites propres à la connaissance médicale,
- et le niveau 3 résidant dans le fait de parvenir à distinguer ce que l'on sait par rapport à ce que l'on ne sait pas, c'est-à-dire pouvoir faire la distinction entre ses propres limites et celles de la science.

Beresford a classé l'incertitude en trois catégories, selon ce à quoi elle est reliée :

- l'incertitude personnelle qui correspond au fait de ne pas parvenir à savoir ce que souhaite le patient. Elle peut survenir dans deux cas distincts : soit lorsque la relation médecin-patient a été construite sur une longue période et que l'attachement créé modifie la communication, soit lorsque le patient est dans l'incapacité de formuler sa volonté, pour quelque raison que ce soit.

- l'incertitude technique, qui résulte des données insuffisantes de la science. Il apparaît difficile pour un médecin d'être certain qu'il est au fait des dernières données disponibles pour une pathologie donnée au vu de l'augmentation exponentielle du savoir.
- l'incertitude conceptuelle, qui vient du problème d'appliquer des critères abstraits à des situations concrètes (4).

Han et al. ont défini l'incertitude selon trois dimensions (5):

- Une première dimension qui n'est pas spécifique du soin, qui est caractérisée par trois aspects causaux de l'incertitude : la probabilité, la complexité, l'ambiguïté.
- Une seconde dimension qui est spécifique des soins de santé, au sein de laquelle l'incertitude est subdivisée en 3 catégories principales :
  - l'incertitude scientifique (centrée sur la maladie, qui concerne le diagnostic, le pronostic, l'étiologie de la pathologie, les recommandations de traitement),
  - l'incertitude pratique (centrée sur le système de santé, sur les compétences d'un médecin donné, la qualité de soins offerte par un établissement),
  - et l'incertitude personnelle (centrée sur le patient, ses problèmes psychosociaux, sur les effets d'un traitement ou d'une maladie donnés sur sa qualité de vie, ses relations et objectifs personnels).

Chacun de ces types d'incertitude (scientifique, personnelle ou pratique) peut avoir sa source dans la première dimension de l'incertitude (probabilité, complexité, ambiguïté).

- La troisième dimension de l'incertitude concerne le parti impliqué : dans n'importe quelle situation clinique, l'incertitude peut exister dans l'esprit du patient, du médecin, des deux ou aucun des deux. En effet, l'incertitude ne s'applique pas lorsque l'on n'a pas conscience de ne pas avoir le savoir ou les connaissances nécessaires.

Une étude a montré que 100% des internes interrogés ressentaient de l'incertitude au moment de la pose d'un diagnostic, 98 % lors de la mise en place d'une thérapeutique et 85% dans la compréhension des attentes du patient. Si elle est parfois décrite comme motivante et intéressante, elle reste souvent anxiogène (6).

Elle est due à plusieurs facteurs :

- la nature de la plainte du patient ainsi que la façon dont il la présente : le patient amène une plainte « brute », des symptômes qu'il faut trier, hiérarchiser. Parfois des symptômes

présentés comme mineurs par le patient revêtiront une importance capitale pour le médecin. Parfois les informations recueillies ne correspondront à aucun modèle syndromique prédéfini (les « symptômes médicalement inexplicables »). Toute la difficulté réside alors dans le fait de savoir diagnostiquer une pathologie potentiellement sérieuse à un stade approprié, en évitant de demander trop d'examen complémentaires (7).

- les caractéristiques du patient : ses facteurs de comorbidité, la façon dont il se présente, sa situation financière et professionnelle,
- les caractéristiques du médecin : une étude menée auprès d'internes en médecine générale en France a montré que l'anxiété liée à l'incertitude est plus importante chez les femmes, alors que le souhait de travailler au sein d'un hôpital ou en groupe, un âge plus élevé, ainsi qu'un bon niveau de satisfaction d'être en Diplôme d'Études Spécialisées de médecine générale sont associés à un niveau d'anxiété liée à l'incertitude plus bas (8).
- l'environnement (les contraintes temporelles, l'organisation du cabinet médical, et les moyens à disposition)
- les caractéristiques des examens complémentaires et des traitements (9).

Une autre étude a souligné le fait que l'incertitude concernait plusieurs domaines :

- l'incertitude diagnostique (techniques de dépistage et diagnostiques)
- l'incertitude thérapeutique (traitements)
- l'incertitude relationnelle (relation médecin-patient) (10).

Plusieurs aspects intervenant dans la gestion de l'incertitude ont été mis en lumière :

- des aspects cognitifs liés au patient (connaissances du patient), et au médecin (utilisation de ressources et techniques de diagnostic validées)
- des aspects émotionnels (tolérance à l'incertitude et acceptation d'un diagnostic provisoire)
- et enfin des aspects éthiques (communiquer ou non son incertitude au patient) (11).

Afin de mieux comprendre la notion d'incertitude en médecine générale, il convient d'apporter un éclairage initial sur les processus intervenant dans la prise de décision du clinicien.



## 2. Le raisonnement clinique

Le raisonnement clinique est la base fondamentale du métier de médecin généraliste.

Il correspond à un processus de pensée aboutissant à une prise de décision permettant d'apporter une réponse à un problème de santé présenté par le patient.

Nendaz et al. ont présenté les processus de pensée identifiés dans la littérature existante et ont proposé de les différencier en deux catégories : les processus analytiques (cognitifs), et les processus non analytiques (inconscients) (12).

Parmi les processus analytiques, on retrouve :

- Le processus hypothético-déductif, qui consiste, face aux symptômes présentés par le patient, à émettre une série d'hypothèses cliniques. Le médecin évalue ensuite la présence ou l'absence des signes cliniques ou paracliniques accompagnateurs attendus pour chacune des hypothèses. On retrouve également les approches statistiques, telles que l'approche Bayésienne (13), les ratios de probabilités, les schémas décisionnels... En fonction des symptômes observés, le médecin est capable de mesurer la probabilité de la validité d'une hypothèse diagnostique en présence de signes spécifiques. Cependant ce mode de réflexion implique obligatoirement des erreurs d'estimation du fait de deux types de biais. On sait qu'il est plus facile de se remémorer des faits marquants (par exemple, dans le cas des médecins, une maladie rare), on aura donc tendance à leur attribuer une probabilité de survenue plus élevée qu'elle ne l'est réellement (biais de représentativité). Par ailleurs, lorsque le médecin est en situation de stress, il peut ne se baser uniquement que sur ce qu'il voit (les informations disponibles immédiatement) sans chercher à acquérir de signes cliniques ou paracliniques complémentaires pour conforter ou non son diagnostic probabiliste, ce qui peut également conduire à une erreur (biais de disponibilité).
- L'approche Bayésienne, liée au théorème de Bayes permet de déterminer la probabilité *a posteriori* d'une maladie en fonction du résultat d'un test (comme la recherche d'un signe clinique pathognomonique), à partir des valeurs de probabilité *a priori*, de la sensibilité et de la spécificité du test : si la probabilité d'une maladie *a priori* est très élevée, son risque de survenue restera très élevé si le test est négatif. A l'inverse, si la probabilité d'une maladie *a priori* est faible, son risque de survenue restera faible malgré un test positif. C'est pourquoi il est très important d'évaluer la probabilité de survenue de

la maladie chez un patient particulier avant de demander un test diagnostique, et d'anticiper la probabilité *a posteriori* en fonction du résultat (13).

Les processus non analytiques, donc automatiques, sont regroupés sous la reconnaissance de schéma (*pattern recognition*). Il s'agit pour le médecin d'associer automatiquement un ensemble de symptômes à un schéma diagnostique spécifique, ou de les relier inconsciemment à un cas clinique antérieurement rencontré pour lequel un diagnostic avait alors été établi. Cette reconnaissance de schéma fait essentiellement appel à l'expérience, elle peut donc être difficile à mettre en application pour les internes en formation, et conduire à des erreurs diagnostiques. Ce processus est également voué à l'échec quand il existe une discordance entre la représentation que se font les médecins d'une maladie et la façon dont elle se présente pour un patient donné (14).

Elstein et al. ont synthétisé les résultats de 30 ans de recherche psychologique sur le raisonnement diagnostique. Pour eux, il existe deux approches du raisonnement clinique : la résolution du problème médical (*medical problem-solving*), qui fait intervenir le processus hypothético-déductif et la reconnaissance de schémas connus, et la prise de décision médicale (*medical decision making*) vue comme un processus de révision d'opinion (*opinion revision*) qui fait appel aux méthodes statistiques.

Le choix entre ces différentes stratégies dépend de la façon dont le médecin perçoit la difficulté du cas clinique. Les cas « faciles » sont résolus rapidement par la reconnaissance d'un schéma connu, alors que les cas difficiles requièrent la génération d'hypothèses (15).

À ces processus diagnostiques s'ajoute une notion d'abord mise en évidence par une équipe Néerlandaise : le *gut feeling* (sentiment viscéral que l'on peut traduire par « à l'instinct »).

Le *gut feeling* est décrit à la fois comme un « sens de l'alarme », l'impression que quelque chose ne va pas dans la présentation du patient sans pouvoir précisément définir pourquoi, et comme un « sens de la réassurance », la certitude que la prise en charge est la bonne et évoluera vers un bon pronostic, même en l'absence d'un diagnostic clair (16–18).

Cette intuition a un rôle dans la prise de décision du médecin (19).

Le médecin généraliste a la particularité de rencontrer des pathologies particulièrement variées, et les patients peuvent se présenter avec des symptômes différents pour une pathologie donnée. C'est pourquoi les décisions prises en médecine générale diffèrent de celles prises dans d'autres disciplines : nommer précisément le diagnostic semble souvent moins important que de décider de la prise en charge adaptée. En soins premiers, les diagnostics peuvent être décrits en termes de décisions dichotomiques : traitement versus abstention thérapeutique, gravité ou non de la pathologie, nécessité ou non d'un avis spécialisé (20).

### 3. Gérer l'incertitude

Bloy a identifié plusieurs positionnements du médecin généraliste par rapport à l'incertitude (21):

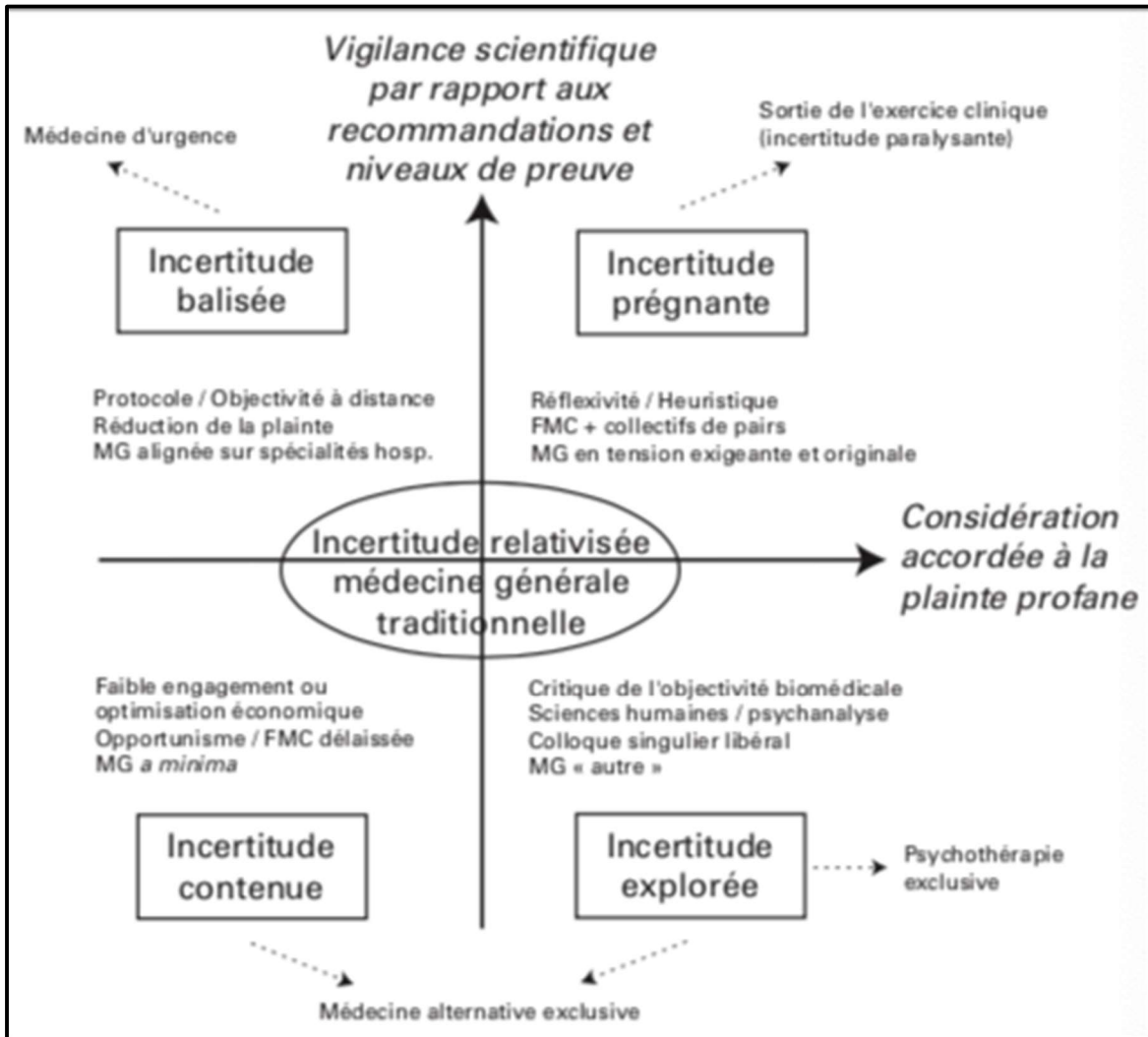


Figure 1 - Positionnements par rapport à l'incertitude en médecine générale (21).

L'axe horizontal correspond à l'intérêt que porte le médecin à la plainte du patient : plus l'on tend vers la droite, plus le médecin tient compte des symptômes apportés par le patient. L'axe vertical détermine le degré d'implication du médecin dans la médecine basée sur les preuves. Plus l'on tend vers le haut, plus le médecin se tient au courant de la constante évolution du savoir médical disponible. L'intersection des deux axes correspond à la médecine générale traditionnelle, pour laquelle l'incertitude est « maitrisée », et autour de cette incertitude maitrisée se dégagent quatre autres types de positionnement que les médecins généralistes peuvent adopter successivement (21).

Lorsque le médecin parvient à tolérer son incertitude, il s'oriente vers un traitement symptomatique, alors que lorsque l'incertitude n'est pas gérée, il tend à augmenter son niveau de certitude par des stratégies actives (examens complémentaires, avis spécialisé extérieur) (10).

Ceci correspond au conflit décisionnel décrit par Janis et Mann, qui découle d'une ambivalence quant à la décision à prendre entre deux actions antagonistes, sous le postulat que le choix à faire implique un risque. Ce conflit décisionnel est source de stress car d'un côté, il y a l'inquiétude de commettre une erreur humaine et/ou matérielle, et de l'autre, se tromper de décision peut conduire le médecin à perdre confiance en lui (22).

C'est la présence ou non de l'une des trois conditions suivantes qui orientera le médecin vers l'un des mécanismes de réponse existant :

- il existe un risque sérieux pour le patient si aucune décision n'est prise,
- il y a un espoir de trouver une meilleure alternative que celle envisagée par le médecin,
- le médecin dispose de suffisamment de temps pour évaluer au mieux la situation, l'explorer et déterminer le meilleur choix possible.

Janis et Mann ont identifié un mécanisme bien adapté de réponse au conflit décisionnel : la vigilance, qui correspond à la recherche d'un diagnostic par un interrogatoire précis et des investigations éclairées, en s'affranchissant des possibles biais existants.

À la vigilance s'opposent quatre mécanismes de réponse, tous inadaptés :

- l'adhésion sans conflit à l'option existante : le médecin poursuit son raisonnement initial sans se poser de question quant à sa pertinence ni aux risques encourus,
- l'adhésion sans conflit à un changement pour une nouvelle option : le médecin change de ligne de conduite si une nouvelle recommandation apparaît, sans remettre sa pertinence en question,
- l'évitement défensif conduit le médecin à reporter son diagnostic (procrastination), à tergiverser en confiant la responsabilité de la décision à quelqu'un d'autre, ou à soutenir une alternative qui l'arrange en rejetant l'évidence,
- l'hypervigilance se manifeste lorsqu'il existe une contrainte temporelle pour rechercher et trouver le diagnostic (un retard sur les consultations, ou bien une situation nécessitant *a priori* plus du temps initialement imparti pour être explorée). Le médecin ne parvient plus à déterminer les informations pertinentes de celles qui ne le sont pas et a tendance

à choisir une solution hâtive afin de se débarrasser de la situation. Ce comportement est parfois décrit en termes de « panique ».

Le médecin pris par le temps peut alors mettre un terme à la consultation en établissant une prescription, un autre décidera de revoir le patient s'il n'est pas sûr de son diagnostic ou bien s'il a l'impression d'avoir pris une décision trop rapidement (ce qui peut poser problème si le patient revient à un moment où le médecin est encore une fois soumis à une contrainte temporelle) (23,24).

O'Riordan et al. ont établi une liste de points sur lesquels s'appuyer afin de se préparer à gérer une situation générant de l'incertitude :

- accepter que l'incertitude est partie inhérente de la médecine générale,
- établir une relation médecin-patient basée sur la confiance et la communication,
- impliquer le patient dans le processus décisionnel,
- évaluer les probabilités en tenant compte du degré d'incertitude de chacune d'elles,
- considérer chaque patient comme un individu et prendre ses antécédents en considération,
- utiliser des ressources validées extérieures (EBM, recommandations),
- envisager l'utilisation d'une liste d'hypothèses pour le diagnostic,
- renseigner scrupuleusement le dossier du patient,
- être conscient de ses émotions et savoir les reconnaître (être capable de se pardonner),
- avoir une pratique réflexive,
- s'appuyer sur des groupes de pairs quand une situation clinique est complexe (25).

Toutes ces recommandations rejoignent la notion d'approche centrée patient décrite par Stewart : « être centré sur le patient signifie prendre en compte le souhait du patient d'être informé et de prendre part à la décision qui le concerne, et répondre à ce souhait de manière appropriée » (26).

L'approche centrée patient intègre à la fois les perspectives du médecin et celles du patient (27) :

- Explorer la santé, la maladie et l'expérience vécue de la maladie par le patient « en tant que personne » ; en anglais, « *illness* » (le vécu de la maladie) et « *disease* » (la maladie en tant que telle) :

Deux perspectives s'opposent alors : la maladie renvoie à une conception objective (explication physiopathologique de la maladie et recueil des symptômes) et à une perspective subjective, celle de l'expérience du vécu de la maladie par le patient. La perspective du patient s'explore à travers ce qui est VRAI : son Vécu, ses Représentations, ses Attentes, ce qui est Important pour lui et a du sens. C'est la dimension phénoménologique et anthropologique de l'ACP, qui s'oppose à la vision biomédicale de la maladie par le médecin.

- Comprendre la personne dans sa globalité biopsychosociale, sa dimension historique et son contexte :

Il faut comprendre la personnalité du patient, son concept de soi, ses capacités à agir, à réagir, à résister, ses besoins et ses souhaits, ainsi que son histoire de vie.

- S'entendre avec le patient sur le problème, les solutions et le partage des décisions :

Ceci implique que le patient et le médecin se comprennent bien, afin de trouver un terrain d'entente, ce qui a pour objectif de partager les décisions et les responsabilités.

- Développer la relation médecin-patient et l'alliance thérapeutique :

À ce niveau, l'enjeu pour le médecin est de faire preuve d'empathie et de respect envers le patient, ainsi que de lui offrir une écoute active. Afin d'y parvenir, il est nécessaire que le médecin puisse avoir une attitude réflexive sur ses propres comportements et attitudes. Le modèle de l'ACP renvoie à une rencontre entre deux personnes qui s'influencent mutuellement.

Guerrity et al. ont élaboré un modèle conceptuel (28) (figure 2) qui s'appuie sur 5 éléments (le patient, la situation médicale, le médecin, les caractéristiques des examens complémentaires et traitement, et l'organisation de l'environnement) pour représenter les interactions identifiées entre les processus internes cognitifs et émotionnels et les influences extérieures sociales et culturelles dans le processus de décision du médecin (29).

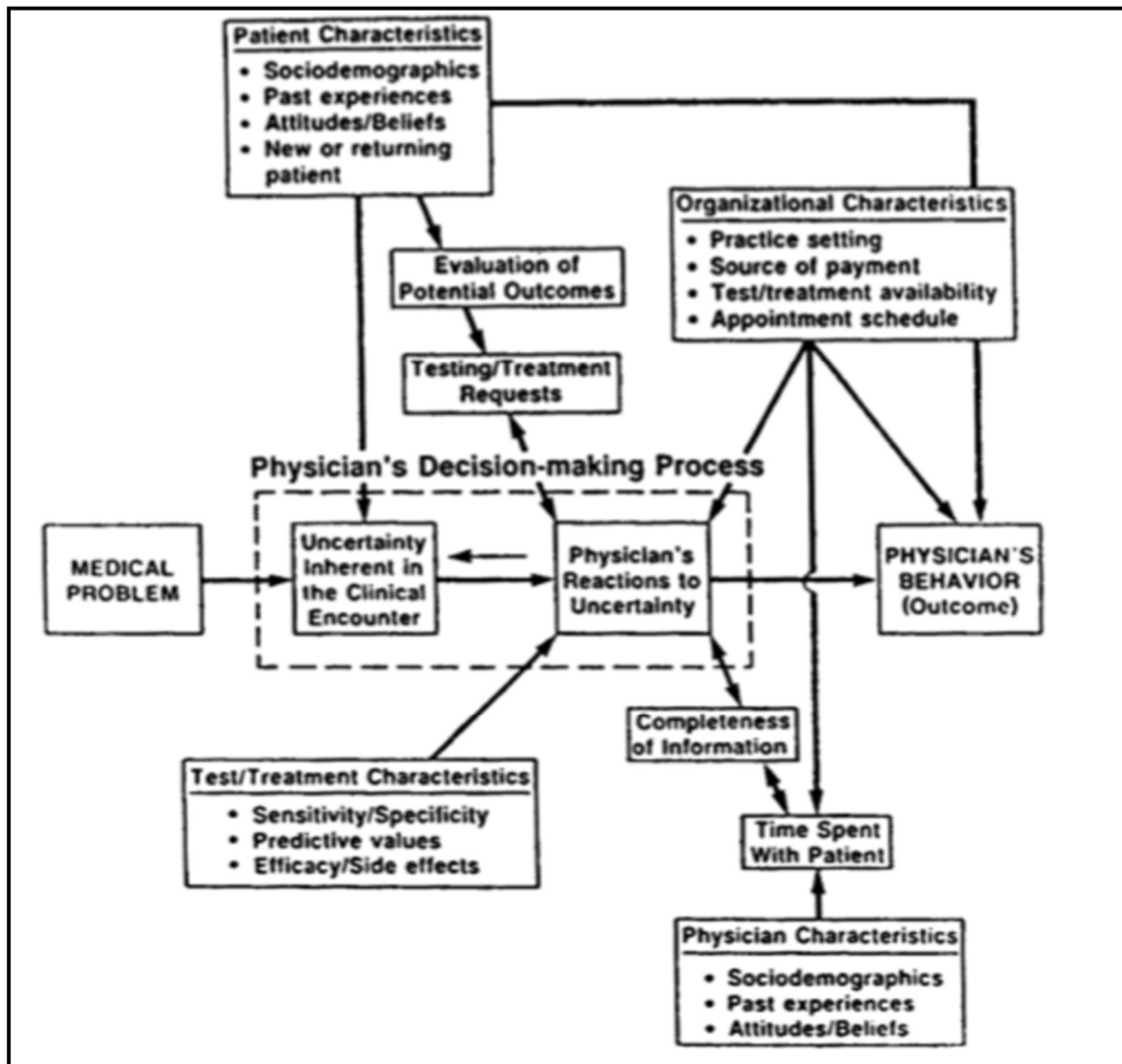


Figure 2 - Modèle conceptuel des facteurs influençant les réactions des médecins à l'incertitude (28).

Enfin, une des stratégies identifiées pour lutter contre l'incertitude intrinsèque aux preuves médicales (c'est-à-dire le dilemme que ressentent les médecins à appliquer des recommandations générales à un patient particulier) réside dans la capacité à utiliser des décisions provisoires. Ces décisions permettraient de faire évoluer les priorités au cours du temps, d'éviter de se rassurer trop vite à partir d'un seul examen complémentaire particulier, et d'éviter la création du « mythe de la certitude » (Tanenbaum, 2005, traduction libre) (30,31).



#### **4. Les conséquences de l'incertitude sur les médecins généralistes**

Les conséquences de la gestion de l'incertitude sur les médecins sont multiples :

Une étude a montré que gérer des patients présentant des symptômes médicalement inexpliqués conduisait des internes londoniens à des niveaux d'anxiété, de frustration et d'incertitude démesurés (32). Budner a d'ailleurs décrit le terme d' « intolérance à l'ambiguïté » comme une tendance à percevoir les situations ambiguës comme une menace (33).

Les médecins en formation sont ceux qui ressentent le plus d'anxiété liée à l'incertitude, ce qui conduit à une moindre satisfaction liée au travail (34). Les médecins plus expérimentés semblent mieux tolérer l'incertitude et moins craindre les erreurs médicales (35). Par ailleurs, l'incertitude ressentie par les internes lors de leurs prises de décision peut conduire à un retard de prise en charge et parfois, peut nuire au patient (36).

Une autre étude, réalisée en Australie, a souligné le fait que les demandes d'examens complémentaires augmentaient de 11% par semestre durant les deux premières années d'internat des jeunes médecins généralistes (37). En effet, la difficulté des médecins à accepter l'incertitude peut les conduire à demander plus d'examens complémentaires, pour se rassurer et rassurer le patient (38,39). Ce phénomène peut avoir des conséquences néfastes pour les patients car il conduit à une élévation du nombre de faux positifs (ce qui est source d'inquiétude pour le patient) et à l'apparition d'effets iatrogènes, sans compter l'augmentation des dépenses de santé (40,41).

Une étude qui s'intéressait au taux de patients adressés à l'hôpital par les médecins généralistes pendant leurs gardes de semaine ou de week-end a montré qu'un seuil de tolérance au risque bas conduisait les médecins généralistes à adresser plus souvent les patients à l'hôpital (42).

Au contraire, considérer l'incertitude comme une composante intrinsèque, que l'on devra inévitablement affronter et savoir gérer, pourrait permettre d'améliorer le diagnostic (43). Déjà en 1984, Eddy, docteur en médecine et philosophie, suggérait que les médecins devaient avouer leur incertitude, à la fois à eux-mêmes et à leurs patients, afin d'ouvrir la voie à des recherches plus approfondies pour diminuer celle-ci (44).

Or ce thème n'est que peu enseigné au cours de l'externat, si bien que les internes qui choisissent la médecine générale ont peu de connaissances sur le sujet et n'ont pas toujours conscience des tenants et aboutissants de l'incertitude au début de leur internat (45). La tolérance à l'incertitude dans la décision fait pourtant partie des compétences décisionnelles spécifiques à acquérir pour le Diplôme d'Études Spécialisées de médecine générale, de même que la capacité à utiliser le temps comme outil décisionnel (46).

Des chercheurs canadiens ont élaboré des stratégies simples pour ne pas méconnaître l'incertitude chez les étudiants en médecine générale et leur permettre de l'aborder plus sereinement (47):

- prendre conscience des émotions que génèrent les situations d'incertitude,
- ralentir le raisonnement clinique, accepter qu'il puisse falloir plus de temps pour analyser et comprendre la situation clinique avant d'aboutir à une conclusion,
- explorer la certitude au sein de l'incertitude, c'est-à-dire se concentrer sur ce qui est certain (« il est certain qu'il ne s'agit pas de tel problème ») plutôt que sur ce qui ne l'est pas.
- rejoindre le patient, c'est-à-dire se concentrer sur les soins centrés sur le patient, et sur l'empathie, qui autorise les internes à exposer à haute voix leur processus analytique, leur incertitude, à établir un plan d'action provisoire et à s'engager à accompagner le patient.
- en venir à une entente, du moins provisoire, avec le patient.

Par ailleurs, une étude a montré qu'une approche centrée sur le patient permettait également de réduire les coûts liés aux examens complémentaires à visée diagnostique (48).

Le ressenti vis-à-vis de l'incertitude s'améliorerait au cours du stage de niveau 1 chez les internes en médecine générale, sur le postulat que l'expérience acquise en cours de semestre permettrait de mieux appréhender l'incertitude (49).

## 5. Structurer la décision : des outils d'aide.

L'« *Evidence-Based Medicine (EBM)* » ou « médecine fondée sur les preuves » ou encore « médecine factuelle » est un concept qui a vu le jour au Canada, au début des années 1980. Cette approche a permis d'intégrer les résultats des publications scientifiques d'abondance croissante dans la pratique contemporaine de la médecine, en particulier pour la prise de décision clinique.

Cette décision intègre :

- l'expérience clinique du praticien,
- les meilleures données actuelles (preuves) de la recherche clinique
- les préférences du patient (figure 3).

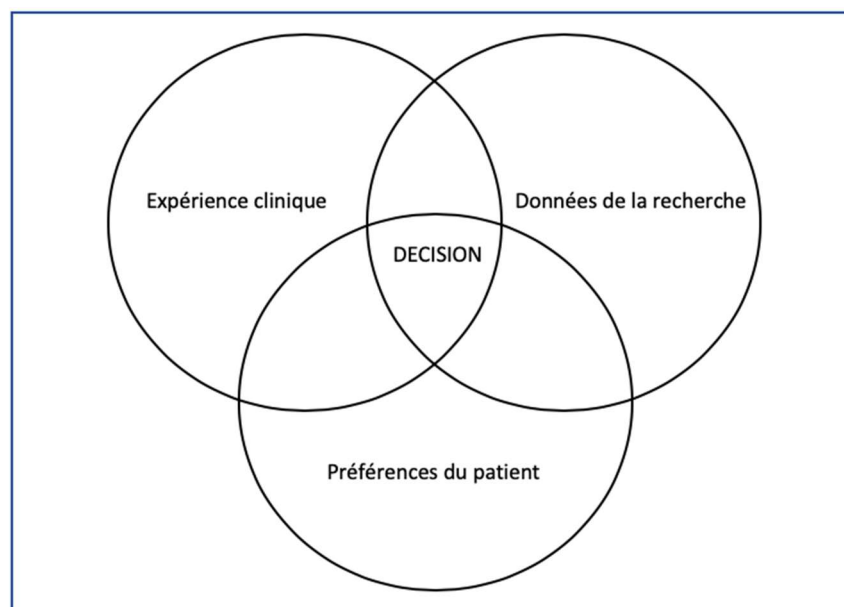


Figure 3 - Triade de l'EBM.

La démarche EBM suit 4 étapes :

- la formulation du problème médical en une question claire et précise,
- la recherche dans la littérature des articles pertinents (du point de vue méthodologique) pour la question posée,
- l'évaluation de la validité et de la pertinence des résultats trouvés,
- l'intégration des résultats retenus au patient concerné par la prise de décision (50).

L'EBM est une utilisation consciente, explicite et judicieuse des meilleures preuves disponibles pour prendre des décisions au sujet de la prise en charge des patients dans leur individualité. Pratiquer une médecine fondée sur les preuves signifie savoir intégrer les meilleures preuves cliniques disponibles issues de la recherche systématique à l'expertise clinique individuelle du patient (51,52).

L'EBM est une compétence à acquérir pour le médecin généraliste, et cette compétence doit être appréhendée dès l'internat, mais aussi enseignée en formation continue après l'obtention du diplôme, comme le statuait déjà en 1992 le groupe EBM (*The Evidence-based medicine group*) du *JAMA*, présidé par Gordon Guyatt (53).

Le but de l'EBM est de permettre au médecin de choisir pour son patient la meilleure solution possible afin de lui permettre d'accéder à un soin optimal pour son cas précis, dans une optique d'approche centrée patient. Elle sert également à éviter des erreurs majeures de prise en charge, et à améliorer la qualité des soins (54).

Cependant, se maintenir à jour des connaissances n'est pas simple, et les stratégies des médecins généralistes pour actualiser leurs connaissances doivent être interactives, continues, s'appuyer sur des consensus locaux, des retours sur leur pratique (par les pairs), et inclure leur participation à des formations personnelles ou de groupe. Les outils d'aide à la décision devraient pouvoir s'adapter au temps de la consultation, pour être utilisés au moment opportun (55).

Parmi les outils d'aide à la décision s'appuyant sur la démarche EBM, plusieurs ressources sont disponibles en langue française (56):

- la revue *Prescrire*, qui publie des synthèses systématiques sur tous les nouveaux médicaments commercialisés en France en les comparant aux autres traitements disponibles, d'un point de vue clinique, en version papier ou sur son site internet (57),
- les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), consultables à partir du site internet (58),
- le site du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP), sur lequel on peut trouver une compilation de synthèses systématiques (59).
- le site de la *Revue Médicale Suisse*, revue scientifiquement indépendante, dont l'objectif est de promouvoir la formation médicale avec les meilleurs outils de

communication et la meilleure information médicale, directement accessible sur internet (60).

La Société Française de Médecine Générale (SFMG) a quant à elle publié un Dictionnaire des Résultats de Consultation (DRC), qui regroupe les cas, de fréquence régulière, qu'un médecin généraliste rencontre en moyenne au moins une fois par an. L'ensemble des résultats de consultation représente plus de 97% des situations cliniques prises en charge en médecine de premier recours. Ce dictionnaire est actualisé annuellement, selon les données de la science disponibles. Il est intégré directement dans certains logiciels professionnels utilisés par les médecins généralistes, et de ce fait, disponible à tout moment (61).

## **6. Justification de ce travail, objectif et question de recherche**

Dans ce champ d'étude portant sur l'incertitude, de nombreuses études qualitatives ont été répertoriées. Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature de synthèse de ces études qualitatives. Une analyse secondaire est pertinente afin de synthétiser les résultats obtenus initialement et faire apparaître une théorisation plus complète, plus robuste, sur le positionnement du médecin généraliste face à l'incertitude.

Notre question de recherche était la suivante :

**« Comment le médecin généraliste appréhende-t-il la notion d'incertitude dans ses prises de décisions en soins premiers ? »**

L'objectif de notre travail était le suivant :

**Apporter une analyse compréhensive de l'incertitude médicale dans la prise de décision en soins premiers, à partir d'une métasynthèse qualitative.**

## II) MÉTHODE

### **1. Méthodologie de la synthèse**

La recherche qualitative est devenue de plus en plus courante ces dernières années dans les domaines de la santé et du social. C'est dans les domaines de la santé et de l'éducation que le développement de méthodes de synthèse d'études qualitatives a débuté (62).

Nous avons choisi de réaliser une métasynthèse, dont la méthode est initialement décrite par Noblit et Hare, qui consiste à produire une synthèse qualitative en comparant et analysant les écrits afin de produire de nouvelles interprétations (63). Le terme de méta-ethnographie a initialement été retenu par Noblit et Hare, car il s'agit d'une méthode qui permet la synthèse de données ethnographiques, de façon interprétative (par opposition à une méthode agrégative, comme la méta-analyse d'études quantitatives).

Il s'agit d'une méthode d'analyse secondaire, basée sur la théorie (et pouvant possiblement en générer une nouvelle), permettant de synthétiser des études qualitatives.

C'est une méthode alternative aux méthodes de synthèse traditionnelles d'assemblage des données. Elle implique une intégration et une interprétation des données, et ressemble donc aux méthodes utilisées dans les études qu'elle a pour but de synthétiser.

Ce type d'étude peut permettre une nouvelle compréhension des problèmes de soins de santé, et la définition de nouvelles recommandations cliniques, elle s'inscrit donc dans le paradigme interprétatif.

Les chercheurs tentent de « *donner du sens à un sujet d'étude... afin d'éclairer une cohérence sous-jacente* » (Taylor, 1982, traduction libre).

La synthèse est parfois décrite comme un processus permettant d'aboutir à un « tout » qui représente plus que la somme de ce qui le compose, qui permet d'approfondir les études primaires et de transformer les données.

Elle s'appuie sur la translation des données d'une étude à une autre étude, ce qui encourage le chercheur à comprendre et transférer les idées, concepts et métaphores au sein des différentes études (64,65)

Nous avons suivi la méthode décrite par Atkins et al., développée initialement par Noblit et Hare, basée sur sept étapes.

- Définir la question de recherche
- Identifier et sélectionner les études pertinentes pour répondre à l'objectif de recherche
- Lire les écrits
- Déterminer la façon dont les études sont liées entre elles
- Effectuer une translation des thèmes extraits d'une étude à l'autre
- Synthétiser les translations
- Écrire la synthèse (62)

Nous avons écrit cette métasynthèse selon le protocole ENTREQ (66,67) (Annexe I), en nous appuyant également sur le protocole de développement du guide eMERge, et sa version définitive (Annexe II), destinés à améliorer la clarté et l'exhaustivité du compte-rendu de la synthèse, et à apporter plus de robustesse aux résultats de l'étude (68,69).

Initialement, nous avons dû préciser les termes de métasynthèse et de méta-ethnographie : en effet, le protocole ENTREQ est prévu pour le rapport des synthèses de recherche qualitative, quand le guide eMERge s'applique spécifiquement aux méta-ethnographies, telles que présentées par Noblit et Hare.

La synthèse thématique se décompose en 3 étapes : le codage du texte ligne par ligne, le développement de thèmes descriptifs et la production de thèmes analytiques. Les thèmes descriptifs sont proches des études sélectionnées, alors que les thèmes analytiques sont le résultat d'une étape d'interprétation au cours de laquelle les chercheurs vont « au-delà » des études primaires et génèrent de nouvelles explications ou hypothèses interprétatives (70).

La méta-ethnographie, quant à elle, est une méthode de synthèse qui permet d'aboutir à un plus haut degré d'analyse, de générer de nouvelles questions et de réduire la multiplication des recherches. D'après Noblit et Hare, elle se décompose en 7 étapes, énumérées ci-dessus. La production de thèmes analytiques telle que décrite dans la

synthèse thématique correspond en méta-ethnographie à la production des thèmes tertiaires résultant de la translation réciproque. Les études peuvent être liées l'une à l'autre de 3 façons différentes : elles peuvent être directement comparables par translations réciproques (« *reciprocal translations* »), elles peuvent s'opposer l'une à l'autre par réfutation d'une étude par une autre (« *refutational translations* »), enfin, analysées ensemble, elles peuvent représenter une « ligne d'argumentation » (« *line of argument* ») (64,71,72).

Les nuances entre ces deux méthodes étant infimes, nous désignons la méthode employée dans ce travail par les termes de « métasynthèse » et « méta-ethnographie » de manière indifférenciée.

## **2. Approche de la recherche**

L'équipe de recherche était constituée de 2 chercheurs :

- Une interne doctorante (ASB) qui a mené la recherche préliminaire, écrit le protocole de recherche, sélectionné les études, recueilli les données et analysé les études identifiées, et écrit la synthèse de l'étude.
- Un médecin généraliste et maître de conférences associé de médecine générale (SP : directeur de thèse), impliqué dans la recherche et l'enseignement de l'approche centrée patient, formé à la recherche qualitative, ayant publié un article utilisant la métasynthèse, qui a revu le protocole de recherche et vérifié la sélection des études, triangulé le recueil et l'analyse des données, et participé à la synthèse de l'étude.

Les modalités de la recherche ont été pré-planifiées à partir des recherches préliminaires menées pour aborder, définir et délimiter le sujet d'étude. La recherche a été adaptée à l'objectif de l'étude, et devait permettre d'identifier les mots-clés pertinents pour obtenir le plus grand nombre d'études qualitatives s'intéressant à la gestion de l'incertitude par les médecins généralistes, dans leur activité quotidienne de médecine de premier recours, afin d'être la plus exhaustive possible.

Notre protocole de recherche a été enregistré sur la plateforme Prospero sous le numéro CRD42020164683.



### 3. Stratégie de recherche

La recherche préliminaire s'est déroulée sur la période de septembre 2017 jusqu'à janvier 2019, afin d'affiner les mots-clés et de constater le nombre de résultats obtenus pour toutes les équations.

Les équations ont initialement été appliquées dans les bases de données suivantes : *PUBMED*, *Cairn*, *Web of Science*, *Science Direct*, la Banque de Données en Santé Publique, *EM Premium*, *Cochrane Library*. Il s'agissait de bases de données multidisciplinaires, représentatives des sciences médicales, et accessibles depuis le portail web de la bibliothèque inter-universitaire de Montpellier et de la bibliothèque universitaire de l'Université de Bourgogne.

Les équations de recherche comportaient les termes :

- « *uncertainty* » / « incertitude »,
- « *physician* » / « médecin »,
- « *decision making* » / « prise de décision »,
- « *resident* » / « interne »,
- « *gut feeling* »,
- « *qualitative study* » / « étude qualitative ».

Les équations ont d'abord été composées des termes associés deux à deux, sans puis avec restrictions au titre, résumé, mots-clés, depuis les années 2000. Tous nos résultats de recherche sont accessibles sur un document numérique accessible au sein du Département Universitaire de Médecine Générale de Montpellier-Nîmes.

Devant l'hétérogénéité et le très grand nombre de résultats obtenus, une bibliothécaire universitaire de l'université de Montpellier rencontrée le 26 octobre 2017 nous a aidés pour le choix des mots-clés, des équations, et des bases documentaires à préférer.

Nous avons testé l'équation « *decision making* » AND « *physician* » AND « *uncertainty* » dans *PUBMED*. En raison du grand nombre de résultats obtenus (953) nous avons appliqué des restrictions.

Dans un premier temps, nous avons décidé de restreindre la recherche aux études parues depuis 2000, afin d'obtenir des résultats plus contemporains et de refléter les attitudes actuelles des médecins. Ceci a permis d'obtenir 682 résultats pour la période (contre 271 pour la période 1960-2000).

Puis nous avons limité la recherche au titre et au résumé, à l'espèce humaine et à l'accessibilité au texte intégral, avec l'obtention de 124 résultats.

Pour autant les résultats ne semblaient pas pertinents par rapport à notre question de recherche, le terme « *physician* » semblant trop général et ne restreignant pas les résultats au domaine de la médecine générale et des soins premiers.

Les équations ont à nouveau été testées en associant les mots-clés deux à deux, en remplaçant « *physician* » par « *general practitioner* ».

Dans *PUBMED*, en appliquant les restrictions « *full text* », « *humans* », sur la période du 01/01/2000 au 31/08/2018, ceci a permis d'obtenir :

- 3400 résultats pour « *uncertainty* » AND « *decision making* » dans « *all fields* », et 2324 résultats dans « *title/abstract* »,
- 1100 résultats pour « *decision making* » AND « *general practice* » dans « *all fields* » et 343 résultats dans « *title/abstract* »,
- 346 résultats pour « *general practice* » AND « *uncertainty* » dans « *all fields* » et 171 dans « *title/abstract* »,
- 7 résultats pour « *gut feeling* » AND « *general practice* » dans « *all fields* » et 6 résultats dans « *title/abstract* »,
- 3 résultats pour « *gut feeling* » AND « *uncertainty* » dans « *all fields* » et 2 résultats dans « *title/abstract* »,
- 20 résultats pour « *gut feeling* » AND « *decision making* » dans « *all fields* » et 16 résultats dans « *title/abstract* ».

Compte-tenu du grand nombre de résultats, la recherche a été affinée, en utilisant cette fois une équation à trois mots-clés : « *decision making* » AND « *uncertainty* » AND « *general practice* », en restreignant les résultats aux documents parus depuis 2000, à l'espèce humaine et l'accessibilité au texte intégral. Ceci a permis l'obtention de 56 résultats, 21 en limitant la recherche au titre et au résumé. Les résultats obtenus

ne ciblant pas les études qualitatives, nous avons ajouté les mots clés « *qualitative study* », nous avons alors obtenu 6 résultats.

Afin de comparer le nombre de résultats obtenus avec ceux résultant de la recherche dans les autres bases de données, nous avons appliqué l'équation initiale (« *decision making* » AND « *uncertainty* » AND « *general practice* » en anglais ou « prise de decision » ET « incertitude » ET « médecine générale » en français) :

- dans la BDSP, en anglais, de 2000 à 2018, dans « tous champs », sans obtenir aucun résultat,
- dans *Science Direct*, en anglais, de 2000 à 2018, dans « *full text* » pour 1261 résultats, 7 en restreignant la recherche à « *title, abstract, keywords* »,
- dans *EM Premium*, en anglais, depuis 2000, dans « titre, mots-clés, résumé » pour 1 résultat,
- dans *Web of Science*, en anglais, depuis 2000, dans « *all fields* » pour 80 résultats, 68 en restreignant la recherche à « *topic* »,
- dans *Cochrane Library*, en anglais, entre janvier 2000 et août 2018, dans « *all text* » pour 54 résultats de revues, et 0 dans « *title, abstract, key words* ».
- dans *Cairn*, en français, de 2000 à 2018, dans « texte intégral » pour 171 résultats.

Compte-tenu des variations de nombre et de la pertinence aléatoire des résultats obtenus (une première lecture des titres montrait que nous n'obtenions pas souvent des résultats d'études qualitatives, et beaucoup ne concernaient pas notre sujet), nous avons décidé de revoir l'équation et d'inclure « *qualitative study* » / « étude qualitative » comme mot-clé obligatoire, de même que « *general practice* » / « médecine générale » ou « *general practitioner* » / « médecin généraliste ».

L'utilisation des termes MeSH diminuait la sensibilité de la recherche, nous ne l'avons donc pas retenue.

#### 4. Identification et sélection des études

La recherche a été menée de façon systématique en suivant le protocole de recherche décrit dans le guide eMERge (69), et le diagramme de flux de la recherche systématique a été établi selon les critères PRISMA (73).

La sélection définitive des études a eu lieu de février à mai 2019.

L'identification initiale des études a été réalisée par un chercheur (ASB), et la sélection définitive des études a été faite par consensus d'équipe (ASB et SP).

Nous avons regroupé l'ensemble de la recherche dans une seule équation :

- En anglais : « *uncertainty* » OR « *decision making* » OR « *gut feeling* » AND (« *general practice* » OR « *general practitioner* ») AND « *qualitative study* »,
- En français : « incertitude » OU « prise de décision » OU « *gut feeling* » ET (« médecine générale » OU « médecin généraliste ») ET « étude qualitative ».

Les bases définitives de recherche étaient *PUBMED*, *Web of Science*, *Science Direct*, *EM premium*, *Cochrane library*, *Cairn*, la BDSP.

Nous avons décidé d'appliquer l'équation sur la période allant du 01/01/2000 au 31/12/2018, dans « texte intégral », ou « tout le texte » ou « tous champs » ou « *all fields* » en fonction des options des bases, pour celles qui le permettaient (*PUBMED*, *Web of science* et *Cochrane Library*).

Pour les bases de données qui ne proposaient pas suffisamment de rangs de recherche, l'équation était décomposée comme suit :

- Pour *EM Premium* :
  - o « incertitude + « etude qualitative » + « medecin\* general\* »
  - o « prise de decision » + « etude qualitative » + « medecin\* general\* »
  - o « *gut feeling* » + « etude qualitative » + « medecin\* general\* »
- Pour la BDSP :
  - o « incertitude » ET « etude qualitative » ET « medecin generaliste »
  - o « incertitude » ET « etude qualitative » ET « medecine generale »
  - o « prise de decision » ET « etude qualitative » ET « medecin generaliste »
  - o « prise de decision » ET « etude qualitative » ET « medecine generale »

- « *gut feeling* » ET « *etude qualitative* » ET « *medecin generaliste* »
- « *gut feeling* » ET « *etude qualitative* » ET « *medecine generale* »
- Pour *Cairn* :
  - (« *medecin generaliste* » OU « *medecine generale* ») ET « *prise de decision* » OU « *incertitude* » ET « *etude qualitative* »
  - (« *medecin généraliste* » OU « *medecine generale* ») ET « *gut feeling* » ET « *etude qualitative* »

Pour *Science Direct*, nous avons obtenu plus de 850 000 résultats avec l'équation que nous avons sélectionnée. Nous avons donc décidé de restreindre l'équation qui a été décomposée comme suit :

- « *decision making* » AND « *uncertainty* » AND « *qualitative study* » AND (« *general practice* » OR « *general practionner* »)
- « *gut feeling* » AND « *qualitative study* » AND (« *general practice* » OR « *general practionner* »)

Lorsque les options de la base le rendaient possible, nous restreignons la recherche à l'espèce humaine, et au type de document (« *articles* », « *revues* », « *research articles* », « *review articles* », « *thèses* »).

L'option « *full text* » n'a pas été retenue pour *PUBMED*, nous avons préféré obtenir les références des textes non disponibles en version intégrale sur la base, afin d'essayer de les rechercher en version intégrale ailleurs sur le web. Lorsque le texte intégral n'était accessible gratuitement nulle part, l'article était exclu.

Toutes les études identifiées par la recherche ont été stockées initialement dans *Zotero*, pour chaque base de données, puis distribuées dans des sous-collections en fonction de leur inclusion dans l'étude, leur exclusion mais leur caractère pertinent pour la discussion, leur élimination sur les critères de population, leur exclusion définitive de l'étude.

Chaque étude de chaque liste de résultats a ensuite été réévaluée manuellement sur le titre, puis sur le résumé après l'exclusion des doublons, en appliquant nos critères d'inclusion et d'exclusion.

- Les études sélectionnées devaient décrire le processus de réflexion conduisant à une décision médicale, l'incertitude médicale, l'attitude du médecin généraliste face à cette incertitude.
- Initialement, la recherche devait permettre de sélectionner des études dont la méthode était totalement ou en partie qualitative. A posteriori, compte-tenu du nombre de résultats obtenus, seules les études dont la méthode était exclusivement qualitative ont été retenues.
- Toutes les études sélectionnées utilisaient donc une méthode qualitative, s'appuyant sur une analyse thématique ou une théorisation ancrée, basée sur des entretiens dirigés, semi-dirigés ou approfondis. Ce type d'approche permet d'étudier un comportement ou une expérience, des opinions ou des croyances, des sentiments, les connaissances et les perceptions des sujets interrogés, ce qui était pertinent pour notre étude (74).
- Les écrits correspondant à des thèses, qui avaient été initialement recherchés, n'ont finalement pas été retenus au moment de l'application des critères d'inclusion/exclusion.
- Les études devaient s'intéresser au comportement des médecins généralistes, internes en médecine générale, médecins remplaçants en médecine générale (à l'exclusion de toutes les autres spécialités) exerçant leur spécialité, c'est-à-dire la médecine générale. Les études ciblant les attitudes des patients n'étaient pas retenues.
- Dans un second temps, les études s'intéressant à la fois aux médecins généralistes et aux personnels paramédicaux ont été exclues, pour ne retenir que les études concernant exclusivement les médecins généralistes.
- Les articles devaient être écrits en langue française ou anglaise.
- Les études devaient avoir été publiées entre le 01/01/2000 et le 31/12/2018, être disponibles en version intégrale depuis le portail web de la BIU de Montpellier, celui

de la bibliothèque universitaire de l'Université de Bourgogne ou tout autre site permettant un accès direct au texte intégral.

- Les études devaient être obtenues à l'aide de l'équation de mots-clés définie par la recherche préliminaire.
- Après lecture du texte intégral, les études traitant de l'incertitude non appliquée à la prise de décision médicale ont été exclues, de même que celles qui concernaient les prises de décision des médecins qui ne s'appliquaient pas à la prise en charge médicale du patient.
- Parmi les études exclues et hors-sujet, on retrouvait celles qui abordaient l'incertitude liée à l'avenir professionnel des internes en médecine générale, celles pour lesquelles l'incertitude était liée au devenir de patients en soins palliatifs, celles qui concernaient la décision médicale partagée sans pour autant faire le lien avec une forme d'incertitude, celles sur les supports décisionnels informatisés qui ne prenaient pas en compte l'incertitude médicale, celles qui concernaient plus une pathologie que la prise de décision diagnostique, et enfin celles qui s'intéressaient à la façon dont les médecins généralistes s'approprient les recommandations sans s'intéresser au doute diagnostique.

Dans un souci de clarté lors des échanges de résultats entre les chercheurs, les études n'ont pas été re-numérotées à chaque phase d'exclusion, ce qui explique que la numérotation des études ne soit pas linéaire.

Par consensus d'équipe, nous avons décidé de n'inclure que les études issues de l'équation de recherche principale.

Certains articles issus de la remontée des filières ont été utilisés pour la discussion.

Notre étude ayant été finalisée en 2020, et afin de lui apporter plus de robustesse, une recherche complémentaire a été effectuée sur la période du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2019. Les critères d'inclusion et d'exclusion étaient inchangés, à l'exception de la période d'inclusion, étendue à l'année 2019.

La BDSP ayant cessé d'être alimentée après 2018 et *Cairn* ne permettant plus la recherche sur une année précise, cette recherche a été effectuée dans 5 des 7 bases de données initiales (*PUBMED*, *Science Direct*, *Cochrane Library*, *EM Premium* et *Web of Science*), et a permis d'identifier un total de 121 articles. 7 articles ont été retenus sur le titre et le résumé et 4 articles ont finalement répondu aux critères d'inclusion et d'exclusion (75–78).



## Critères d'inclusion et d'exclusion :

	<b>Critères d'inclusion</b>	<b>Critères d'exclusion</b>
<b>Population</b>	Adultes (espèce humaine), docteurs en médecine générale, médecins remplaçants en médecine générale ou internes de médecine générale, de culture occidentale.	Patients, médecins (docteurs, remplaçants ou internes) ne pratiquant pas la médecine générale.
<b>Type d'étude</b>	Étude qualitative.	Résumé de congrès, éditorial, commentaire, livre, chapitre de livre, étude quantitative, thèse.
<b>Période</b>	Écrit publié entre le 01/01/2000 et le 31/12/2018 pour la recherche principale. Écrit publié entre le 01/01/2019 et le 31/12/2019 pour la recherche complémentaire.	Avant 2000.
<b>Langue</b>	Français, anglais.	Autres langues.
<b>Accessibilité</b>	Version intégrale disponible sur le web, depuis le portail de la BIU de Montpellier, celui de la BU de l'Université de Bourgogne ou tout autre site permettant l'accès au texte intégral.	Article non disponible sur le web dans son intégralité.
<b>Mode d'obtention</b>	Écrit retrouvé par mots-clés définis par la recherche préliminaire.	Tous les autres modes d'obtention.
<b>Sujet</b>	Écrit décrivant : <ul style="list-style-type: none"><li>- le processus de réflexion conduisant à un diagnostic médical,</li><li>- l'incertitude médicale, qu'elle soit diagnostique, thérapeutique, ou relationnelle,</li><li>- l'intégration et la gestion de la notion d'incertitude par le médecin généraliste.</li></ul>	Écrit décrivant : <ul style="list-style-type: none"><li>- un processus de réflexion conduisant à un autre diagnostic que médical,</li><li>- une autre incertitude que l'incertitude médicale,</li><li>- une intégration de la notion d'incertitude par un spécialiste n'exerçant pas la médecine générale,</li><li>- l'incertitude dans un champ autre que celui de la médecine générale.</li></ul>

## **5. Évaluation de la qualité des études sélectionnées**

La qualité des études doit être évaluée afin d'éviter d'aboutir à des conclusions peu fiables.

La qualité des études incluses a été évaluée à l'aide de la traduction française de la grille CASP (*Critical Appraisal Skills Programme*), qui permet d'apprécier la présence de 3 aspects nécessaires à la validité d'une étude qualitative :

- la rigueur (adéquation de la méthode pour répondre à la question de l'étude),
- la crédibilité (capacité des résultats à représenter le phénomène étudié),
- la pertinence de l'étude (utilité des résultats en pratique) (83).

Ces critères étaient relevés dans un tableur Excel, pour chaque étude.

La traduction française de ces critères, ainsi qu'un tableau synthétique récapitulatif des critères de qualité des études sont disponibles en annexe (Annexes III et IV).

## **6. Lecture et extraction des données.**

Nous avons suivi les recommandations de la HAS pour l'analyse des écrits (84).

Les études incluses dans l'analyse ont été lues dans leur intégralité, plusieurs fois, afin de se familiariser le plus possible avec le contenu, avant d'extraire les données qui nous ont permis de révéler les thèmes émergents.

Nous nous sommes appuyés sur la méthode décrite par Thomas et Harden pour effectuer l'analyse des écrits (70).

Les données extraites des études ont été relevées dans un tableur Excel.

Elles concernaient, pour chaque étude :

- Les références de l'étude (titre et auteurs)
- La population étudiée,
- La méthode d'analyse utilisée,
- La/les question(s) et le/les objectif(s) de recherche,
- Les thèmes primaires, correspondant à la partie « résultats » de chaque étude,
- Les thèmes secondaires, correspondant aux données extraites de la partie « discussion » de chaque étude,
- Les citations qui semblaient pertinentes, en précisant à chaque fois si elles se rapportaient à un participant de l'étude ou aux auteurs.

Toutes les données en rapport avec l'incertitude médicale et la prise de décision par les médecins généralistes ont été extraites.

L'intégralité des fiches de recueil et d'analyse personnalisée de ces données sont disponibles sur un document numérique accessible au sein du Département Universitaire de Médecine Générale de Montpellier-Nîmes.

Un chercheur a extrait les données de l'intégralité des études (ASB), et l'autre chercheur a extrait les données d'une sélection d'études (SP). Il n'y avait pas de désaccord majeur au sujet de la pertinence des données relevées par l'un et l'autre des chercheurs pour les études concernées.

## **7. Analyse des études et extraction des thèmes**

Notre **fiche de recueil et d'analyse** personnalisée s'appuyait sur les recommandations existantes (85).

Nous avons réalisé une analyse thématique, afin de mettre en lumière la façon dont les médecins généralistes prenaient en compte l'incertitude dans leurs prises de décisions médicales. Cette analyse a été réalisée conjointement par les deux opérateurs, de mai à décembre 2019.

Les thèmes primaires correspondaient aux données extraites de la partie « résultats » de chaque étude, et les thèmes secondaires étaient identifiés à partir des données extraites de la partie « discussion » de l'article. Ces thèmes étaient relevés dans notre fiche de recueil et d'analyse personnalisée, dont un extrait est disponible en annexe (Annexe V).

## **8. Translation des thèmes d'une étude à l'autre**

La translation des études de l'une à l'autre a été réalisée afin de construire une interprétation (ligne d'argumentation) qui permettrait de révéler les résultats « cachés » dans les études prises individuellement, ce qui peut être compris comme la révélation d'un « tout » résultant de l'appariement des thèmes issus des études prises séparément (86).

Les thèmes ont été relevés dans un **journal de thématization**, à partir des thèmes primaires et secondaires identifiés dans chacune des fiches de recueil correspondant

aux différentes bases. Notre journal de thématization est disponible en annexe (Annexe VI).

Des retours au texte original étaient régulièrement effectués lorsqu'il était nécessaire de préciser et clarifier les relevés des thèmes primaires et secondaires pour l'interprétation des thèmes tertiaires :

- les thèmes primaires, issus des résultats, sont apparus en bleu dans le journal de thématization,
- les thèmes secondaires, issus de la discussion, sont apparus en orange,
- les thèmes tertiaires, issus de notre interprétation, étaient signalés en rouge.

Ce journal nous a permis de vérifier le caractère reproductible de l'identification des thèmes clés par les 2 chercheurs, et de préciser les thèmes relevés sur un document que nous avons intitulé **thèmes secondaires issus de la translation**. Ce nouveau répertoire des thèmes nous a permis de vérifier la présence ou l'absence de chacun de ces thèmes dans les différentes études.

Chaque thème extrait était recherché dans chacune des autres études, il pouvait cependant ne pas transparaître sous les mêmes mots. Nous avons suivi la méthode décrite par Pound et al., qui suivait le raisonnement que Noblit et Hare décrivent dans leur ouvrage : « *one case is like another, except that...* (87) » : « *L'étude 1 pouvait avoir les résultats X, Y et Z. L'étude 2 pouvait avoir les résultats x, y (résultats similaires aux résultats X et Y de l'étude 1), et w (un résultat nouveau, non retrouvé dans l'étude 1), mais rien qui ne puisse être assimilé au résultat Z de l'étude 1. La synthèse des études 1 et 2 était ensuite comparée à l'étude 3 de la même façon, puis la synthèse des études 1, 2 et 3 était comparée à l'étude 4 et ainsi de suite jusqu'à ce que toutes les études aient fait l'objet d'une translation de l'une à l'autre (traduction libre) (88).* »

La translation a ainsi été effectuée en comparant chacun des thèmes identifiés d'une étude à l'autre. À chaque fois que le thème était retrouvé dans une des études, nous associions le numéro de l'étude au thème identifié.

Nous avons ainsi pu regrouper les thèmes, et nous assurer de leur validité au sein des différentes études, les confronter entre eux, et identifier la façon dont les études desquelles ils étaient extraits étaient liées entre elles : il s'agissait d'apparier les écrits (89).

À l'issue de cette étape, nous avons regroupé les thèmes entre eux sous de nouvelles catégories, les « thèmes-clés » ou thèmes tertiaires. Ces thèmes, issus de notre interprétation et de la translation réciproque, devaient se référer à des thèmes similaires des différents écrits, et apporter un nouvel éclairage sur la façon dont les médecins généralistes appréhendaient l'incertitude lors de leur prise de décision. Ils étaient archivés dans le **relevé des thèmes tertiaires**.

## **9. Synthèse des translations**

La façon dont les translations sont synthétisées et le résultat de ce processus dépendent de la manière dont les études sont liées entre elles. La translation et la synthèse impliquent une analyse comparative continue des textes jusqu'à ce qu'une compréhension complète du phénomène soit réalisée et que la synthèse soit ainsi aboutie (86).

Nous avons donc développé une nouvelle vision interprétative des thèmes primaires et secondaires retrouvés dans l'ensemble des études sélectionnées, en rassemblant et en synthétisant les thèmes tertiaires issus de la translation réciproque.

Les thèmes-clés correspondaient à de nouveaux thèmes, qui englobaient les thèmes émergents issus des translations entre les études, ce qui correspondait à la synthèse par ligne d'argumentation décrite par Noblit et Hare (88).

## **10. Écriture de la synthèse**

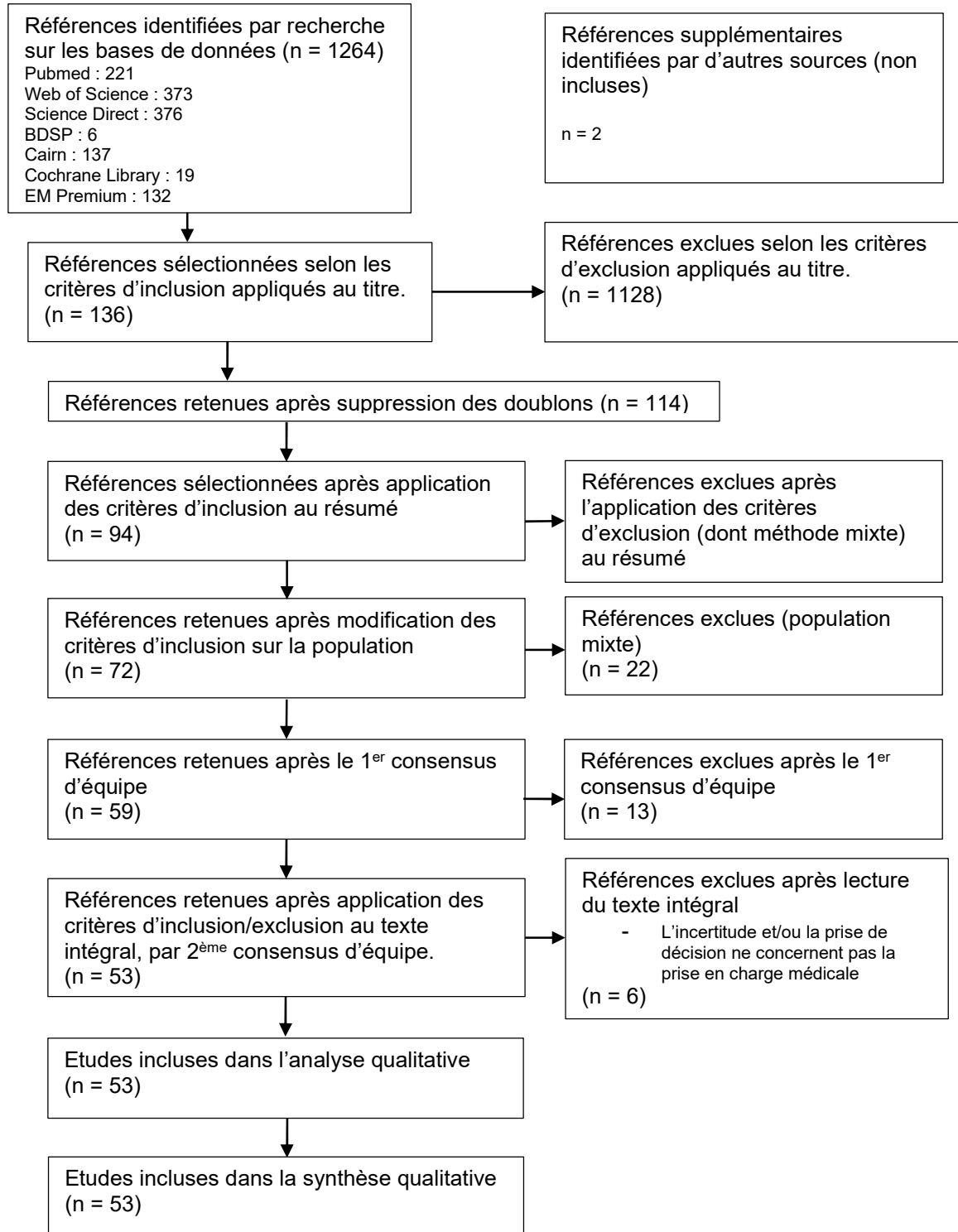
Il s'agissait de la dernière étape de notre métasynthèse, qui a conduit à la formulation d'un concept englobant les thèmes émergents issus des études incluses et permettant d'obtenir une analyse plus aboutie que les conclusions de ces études.

Elle a suivi les lignes directrices de la traduction française du protocole ENTREQ et s'est appuyée sur le guide eMERge (66–69), respectivement présentés en annexes (Annexe I et II)

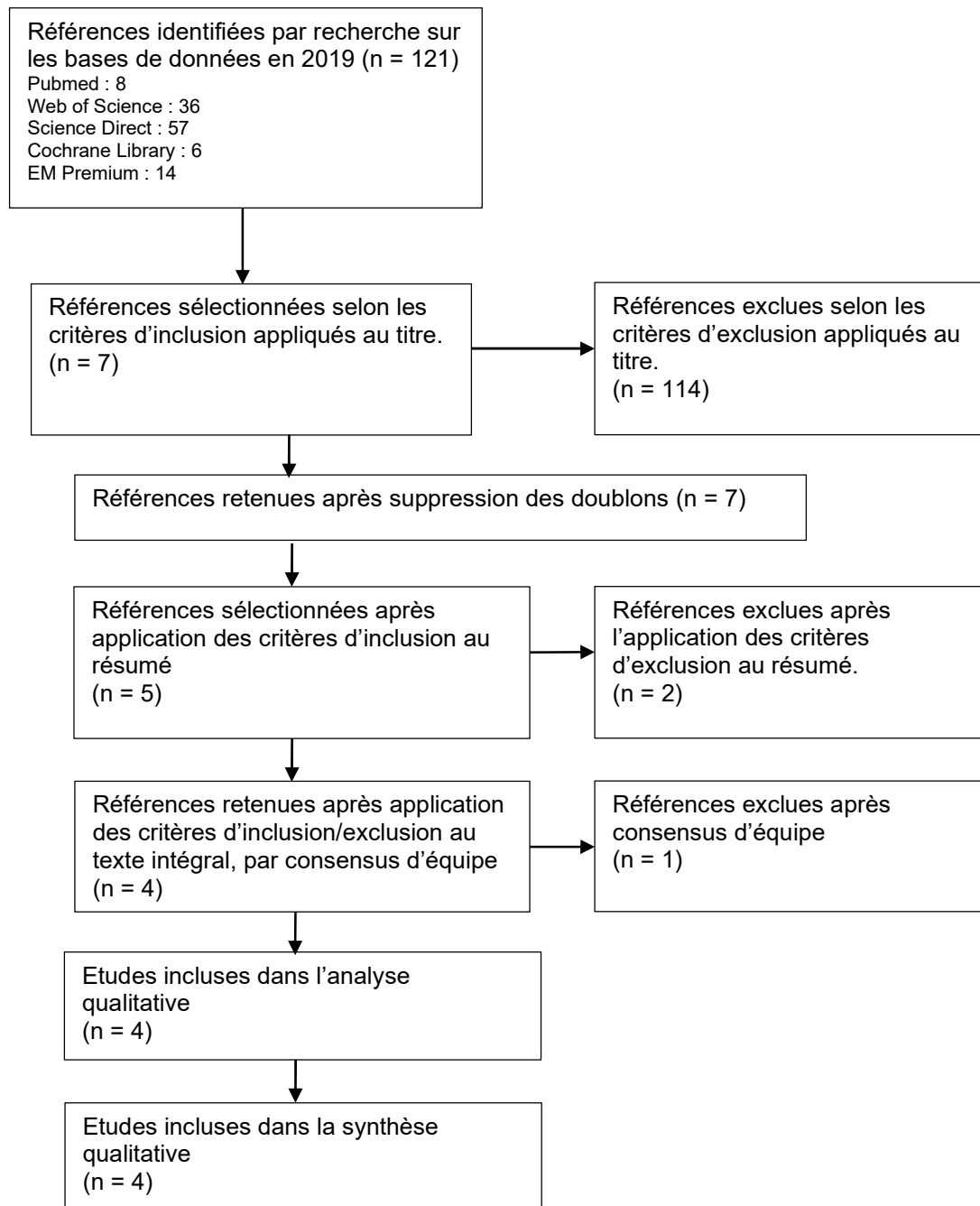
### III) RÉSULTATS

#### 1. Sélection des études :

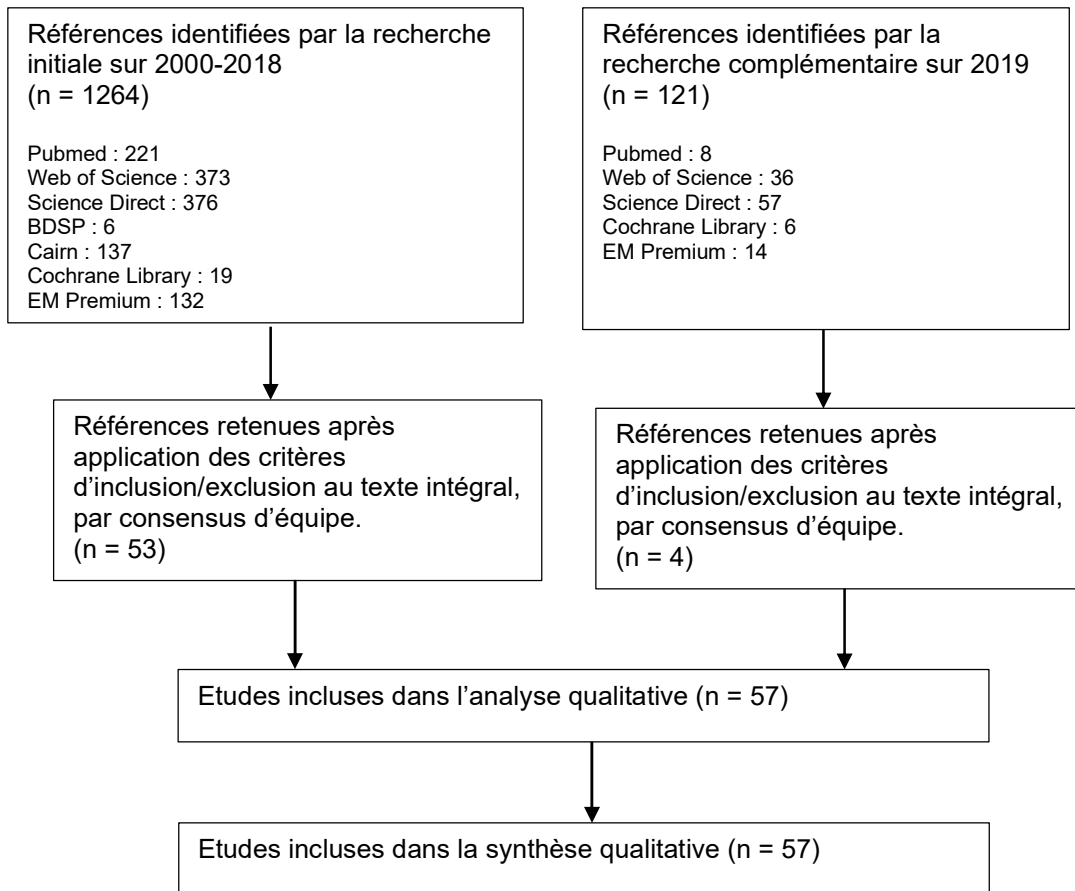
##### 1.1 Recherche principale :



## 1.2 Recherche complémentaire sur 2019 :



### 1.3 Synthèse de la sélection des études :





## 2. Description des études :

Les fiches de recueil détaillées pour chacune des bases de données et décrivant ces 57 études sont disponibles sur un document numérique accessible au sein du Département Universitaire de Médecine Générale de Montpellier-Nîmes. Un extrait est disponible en annexe (Annexe V).

Néanmoins, les études sont présentées brièvement ci-après.

Études	Objectif	Population	Origine de l'étude	Recueil des données	Méthode
Étude 1 (Bertheloot et al. 2016) (90)	Explorer la façon dont les MG utilisent un filet de sécurité pour la prise en charge des enfants gravement malades en Belgique.	37 MG (22 femmes, 15 hommes)	Belgique	Entretiens semi-dirigés.	Théorisation ancrée.
Étude 2 (Bösner et al. 2014) (91)	Identifier l'approche diagnostique des MG pour les patients présentant des céphalées.	15 MG (7 femmes, 8 hommes)	Allemagne, milieu rural et urbain.	Entretiens semi-dirigés.	Analyse thématique.
Étude 3 (Bruyninckx et al. 2009) (92)	Identifier les raisons qui motivent le MG à adresser, ou au contraire à ne pas adresser, un patient présentant une douleur thoracique.	21 MG (3 femmes, 18 hommes)	Belgique	Entretiens semi-dirigés	Analyse thématique.
Étude 4 (Dallas et al. 2014) (93)	Explorer les attitudes des internes en MG vis-à-vis de l'utilisation et des résistances liées aux antibiotiques.  Explorer les facteurs influençant la prescription d'antibiotiques de ces mêmes internes.	17 internes australiens, (14 femmes, 3 hommes, 5 en semestres de base et 12 en semestres avancés)	Australie zones urbaines et rurales	1 focus groupe de 3 internes et 14 entretiens semi-dirigés	Analyse thématique
Étude 5 (De Bont et al. 2015) (94)	Explorer la façon dont les MG mènent les consultations pour fièvre de l'enfant pendant les horaires de garde, et en extraire les aides et les barrières à l'obtention d'une bonne qualité de soin, incluant des taux de prescription d'antibiotique appropriés et une amélioration de la gestion de la fièvre par les parents.	37 MG (13 femmes, 24 hommes)	Pays-Bas	5 Focus groupes	Analyse qualitative descriptive.

Étude 6 (Gueneau et al. 2008) (95)	Explorer l'influence des facteurs externes sur le processus de décision médicale et sur la vie professionnelle en général.  Expliciter comment le processus de décision clinique peut être influencé par des facteurs organisationnels et environnementaux.	28 MG (11 femmes, 17 hommes, provenant de 4 cliniques privées, 4 centres de soins et autres sites)	Canada, zones urbaines et rurales.	Entretiens semi-dirigés	Analyse thématique.
Étude 7 (Kim et al. 2015) (96)	Explorer les facteurs qui influencent la prise de décision des MG et leur intention d'adresser les patients en appliquant la théorie du comportement planifié. (hypothèse : la décision d'adresser un patient est influencée par leurs habitudes comportementales et les déterminants primaires de ces habitudes, incluant leur attitude, les normes subjectives, et le contrôle du comportement)	24 MG (13 femmes, 11 hommes, exerçant dans des centres de soins de 4 régions.)	Australie, milieu rural et urbain.	Entretiens semi-dirigés	Analyse thématique mixte : codage manuel et codage par un logiciel d'analyse.
Étude 9 (McDermott et al. 2012) (97)	Explorer le point de vue des MG sur les facteurs influençant les décisions de faire admettre des patients âgés fragiles institutionnalisés à l'Hôpital. Identifier les facteurs qui influencent la prise de décision des MG et leurs suggestions pour améliorer leur pratique.	21 MG (10 femmes, 11 hommes)	Angleterre	Entretiens semi-dirigés.	Analyse thématique.
Étude 10 (Mears and Sweeney. 2000) (98)	Explorer les facteurs contribuant au processus de prise de décision en médecine générale, en plus de l'EBM.	5 MG (1 femme, 4 hommes, MSU ou impliqués dans la formation)	Angleterre	Entretiens semi-dirigés.	Analyse thématique.
Étude 11 (Mercier et al. 2011) (99)	Découvrir et comprendre la prescription actuelle des antidépresseurs en médecine générale (en France).  Explorer les raisons de prescription des antidépresseurs au sein de deux groupes principaux : dans différents cadres (situations de soins premiers), et pour différents diagnostics (état de santé en soins premiers)	56 MG (17 femmes, 39 hommes, issus de groupes de pairs ou médecins remplaçants)	France	6 Focus groupes et 4 entretiens semi-dirigés.	Analyse qualitative phénoménologique thématique.

Étude 12 (Michiels-Corsten et al. 2017) (100)	Montrer que la notion de seuil d'utilisation pour les patients connus représente une stratégie pour les MG d'exploiter la connaissance qu'ils ont de leurs patients.  Montrer que les MG façonnent leur diagnostic en fonction de ce seuil.	12 MG (5 femmes, 7 hommes, associés à un programme d'enseignement universitaire)	Allemagne, milieu rural et urbain.	Entretiens semi-dirigés	Méthode mixte (analyse qualitative descriptive et quantitative)
Étude 13 (Nixon et al. 2016) (101)	Montrer comment les MG prennent la décision d'interrompre un traitement, en accord avec le patient, en prenant comme exemple les statines (qui sont les médicaments les plus prescrits en Europe)	24 MG (répartition non précisée)	Danemark	Entretiens semi-dirigés et observations des participants	Analyse thématique (méthode de Goia)
Étude 14 (O'Brien et al. 2017) (102)	Explorer l'expérience des MG en matière d'identification, gestion et accès aux services spécialisés pour les enfants de moins de 12 ans présentant des troubles anxieux.	20 MG (11 femmes, 9 hommes)	Angleterre	Entretiens semi-dirigés par téléphone.	Analyse thématique
Étude 15 (Oliva et al. 2016) (103)	Explorer l'existence, la signification, les déterminants et les mécanismes du <i>gut feeling</i> parmi les MG espagnols.	20 MG (9 femmes, 11 hommes)	Espagne (Majorque)	3 focus groupes.	Analyse thématique.
Étude 16 (Roberts et al. 2014) (104)	Examiner les facteurs qui influencent la prise en charge des MG lors des consultations des adolescents.  Explorer les relations existantes entre la compétence du MG dans la rencontre clinique, sa vision des jeunes et sa perception de leurs besoins de santé, son savoir médical, et leur impact sur leur pratique.	19 MG (10 femmes, 9 hommes)	Angleterre, milieu urbain, rural et semi-rural.	Entretiens semi-dirigés.	Théorisation ancrée.
Étude 17 (Rübsam et al. 2015) (105)	Explorer les différentes approches diagnostiques des MG pour les patients présentant des problèmes de peau.  Identifier les stratégies utilisées par les MG pour gérer l'incertitude diagnostique chez ces mêmes patients.	14 MG (4 femmes, 10 hommes, du département universitaire.)	Allemagne	Entretiens semi-dirigés.	Analyse qualitative (approche déductive-inductive).

Étude 18 (Sinnige et al. 2016) (106)	Analyser les stratégies de gestion des médicaments chez les personnes polymédiquées par les MG.  Explorer le point de vue des MG et leurs besoins en matière d'aide à la prise de décision afin de faciliter cette gestion des médicaments.	12 MG (4 femmes, 8 hommes)	Pays-Bas	2 focus groupes.	Analyse thématique avec approche structurée (définition des thèmes <i>a priori</i> ).
Étude 19 (Sinnott et al. 2015) (107)	Explorer comment les MG prennent leur décision de prescription pour les patients multi morbides.	20 MG (répartition non précisée)	Irlande	<i>In-depths interviews</i>	Théorisation ancrée.
Étude 20 (Van der Weijden et al. 2002) (108)	Obtenir un aperçu des raisons qui poussent les MG à demander des tests biologiques pour les patients qui présentent des symptômes inexplicables.	21 MG (4 femmes, 17 hommes)	Pays-Bas	Entretiens semi-dirigés.	Analyse thématique.
Étude 21 (Van Peet et al. 2015) (109)	Étudier les dilemmes rencontrés par les MG aux Pays-Bas quand ils mettent en application les recommandations de prévention secondaire cardiovasculaire chez les sujets âgés.	23 MG et 4 internes (16 femmes, 11 hommes).	Pays-Bas	5 focus groupes	Analyse thématique.
Étude 22 (Ashdown et al. 2016) (110)	Examiner les facteurs donnés par les MG influençant leur décision de prescrire un antibiotique dans le cas des enfants à risque présentant un syndrome pseudo-grippal.	41 MG (24 femmes, 17 hommes)	Royaume-Uni	Entretiens semi-dirigés	Analyse thématique.
Étude 23 (Balla et al. 2012) (111)	Obtenir un aperçu de la façon dont les MG prennent leurs décisions et gèrent les risques en horaires de garde.	21 MG (répartition non précisée)	Royaume-Uni	Entretiens semi-dirigés	Analyse thématique.
Étude 24 (Barais et al. 2014) (112)	Explorer comment les MG arrivent au diagnostic d'une suspicion d'embolie pulmonaire dans leur pratique réelle : comment la suspicion d'embolie pulmonaire apparaît dans le processus de diagnostic des MG français.  Décrire de façon spécifique le rôle du <i>gut feeling</i> dans le processus diagnostique.	28 MG (12 femmes, 16 hommes)	France	Entretiens semi-dirigés	Analyse thématique.
Étude 25 (Bell et al. 2015) (113)	Explorer les situations dans lesquelles les MG associent les médicaments augmentant le risque de	13 MG (3 femmes, 10 hommes)	Norvège	2 focus groupes	Analyse thématique.

	chute dans leur prescription chez les patients âgés. Explorer les facteurs favorisant la prescription ou l'arrêt de prescription des médicaments potentialisant le risque de chute.				
Étude 26 (Berney et al. 2005) (114)	Décrire la façon dont les MG appliquent les principes éthiques quand ils doivent attribuer des ressources rares.	24 MG (12 femmes, 12 hommes)	Royaume-Uni (Londres)	24 Entretiens semi-dirigés et 2 focus groupes (avec 17 de ces mêmes MG)	Analyse thématique.
Étude 27 (Bose et al. 2018) (115)	Explorer le point de vue des MG sur les difficultés du diagnostic et de la prise en charge immédiate d'une suspicion d'AIT, les facteurs qui influencent leur décision d'adresser à un service d'urgence spécialisé, et l'utilité d'un outil diagnostique pour les AIT.	10 MG (4 femmes, 6 hommes)	Royaume-Uni	Entretiens semi-dirigés par téléphone	Analyse thématique.
Étude 28 (Brennan et al. 2003) (116)	Étudier la façon dont les MG évaluent et prennent en charge la fièvre chez l'enfant suspect de méningite ou de bactériémie à méningocoque.  Identifier les méthodes qui permettraient d'améliorer la prise en charge précoce.	26 MG (répartition non précisée)	Angleterre	Entretiens semi-dirigés.	Théorisation ancrée.
Étude 29 (Brookes-Howell et al. 2012) (117)	Chercher à connaître les raisons cliniques qui influencent les MG pour décider de prescrire des antibiotiques dans les infections du tractus respiratoire bas.  Mieux comprendre les variations de prescriptions entre les MG et identifier les moyens pour les améliorer.	80 MG (répartition non précisée)	Europe (multicentrique)	Entretiens semi-dirigés	Analyse thématique
Étude 30 (Calnan et al. 2007) (118)	Étudier les raisons pour lesquelles il existe des variations marquées du nombre de patients adressés à l'hôpital par les MG lors des consultations en dehors des horaires d'ouverture, en s'intéressant particulièrement aux explications données par les MG sur leur prise de décision, et le raisonnement qu'ils suivent pour décider de faire admettre ou non le patient.	15 MG (5 femmes, 10 hommes)	Angleterre (Bristol)	Entretiens semi-dirigés.	Analyse qualitative.

Étude 32 (Cohen et al. 2009) (119)	Comprendre les interactions entre MG et patient dans les consultations d'aptitude au travail. Cette étude avait pour but d'écarter les perceptions du MG tournant autour de l'arrêt-maladie pour se concentrer sur la consultation en elle-même.	7 MG (3 femmes, 4 hommes)	Pays de Galles	5 sessions de discussion de groupe.	Analyse thématique.
Étude 33 (Espeland et al. 2003) (120)	Identifier et décrire les facteurs qui peuvent influencer la décision des MG de demander une radiographie pour douleur du rachis, et les freins que représentent ces facteurs à l'application des recommandations.	13 MG (5 femmes, 8 hommes)	Norvège	3 focus groupes	Analyse thématique (méthode de Giorgi, modifiée par Malterud)
Étude 34 (Evans et al. 2018) (121)	Comprendre les réalités de la mise en place d'un filet de sécurité pour les symptômes qui pourraient faire évoquer un cancer en soins premiers.	25 MG (8 femmes, 16 hommes)	Angleterre (Oxford)	Entretiens semi-dirigés	Analyse thématique.
Étude 35 (Fuat et al. 2003) (122)	Déterminer l'avis, les pratiques courantes et la prise de décision des MG dans le diagnostic et la prise en charge de l'insuffisance cardiaque suspectée en soins primaires. Identifier les barrières à une bonne prise en soins.	30 MG (5 femmes, 25 hommes)	Angleterre	4 focus groupes	Théorisation ancrée.
Étude 36 (Högberg et al. 2015) (123)	Explorer les facteurs qui font que le MG suspecte un cancer colorectal,  Étudier leur pratique, en particulier les examens complémentaires demandés et le recours à un avis spécialisé, en portant une attention spéciale aux tests hemocults.	11 MG et internes (répartition non précisée)	Suède	Entretiens semi-dirigés	Analyse qualitative selon l'approche inductive décrite par Graneheim et Lundman.
Étude 37 (Howes et al. 2010) (124)	Identifier et étudier les barrières à l'initiation d'un traitement et à la prise en charge de l'hypertension artérielle en médecine générale.	30 MG (21 femmes, 9 hommes)	Australie	Entretiens semi-dirigés.	Analyse thématique.
Étude 38 (Hoye et al. 2010) (125)	Étudier le point de vue et l'expérience des MG sur les prescriptions « au cas où » d'antibiotiques dans les infections respiratoires hautes.	33 MG (14 femmes, 16 hommes.)	Norvège	5 focus groupes.	Analyse par condensation spécifique du test.

Étude 40 (Jansen et al. 2017) (126)	Étudier les expériences des MG en matière de prévention primaire des risques cardiovasculaires (RCV) chez les patients âgés (> 75 ans) afin de comprendre comment ils prennent leurs décisions de prise en charge des RCV au sein de cette population.	25 MG (13 femmes, 12 hommes)	Australie	Entretiens semi-dirigés.	Analyse thématique.
Étude 41 (Johansen et al. 2011) (127)	Étudier les prises en charge par les MG en situation de garde des patients se présentant avec des pathologies psychiatriques ou des abus de substances.  Identifier les moyens d'améliorer la prise en charge des patients présentant des pathologies psychiatriques pendant les horaires de garde.	45 MG (27 femmes, 16 hommes + 2 non précisés)	Norvège	Focus groupes.	Analyse thématique
Étude 42 (Krüger et al. 2018) (128)	Identifier les facteurs liés à l'arrêt prématuré des statines et les approches qui permettraient une adhésion au traitement par statines sur le long-terme.  Améliorer la compréhension des attitudes et comportements vis-à-vis des statines, les mécanismes liés à leur arrêt, et la façon dont elles sont utilisées en soins premiers.	16 MG (6 femmes, 10 hommes)	Allemagne	Entretiens semi-dirigés.	Analyse thématique.
Étude 43 (Le Roux et al. 2018) (129)	Étudier l'expérience des MG dans le diagnostic et la prise en charge d'enfants atteints d'eczéma et évaluer leur confiance en leur diagnostic.	15 MG (11 femmes, 4 hommes)	Royaume-Uni	Entretiens semi-dirigés en face-à-face et par téléphone.	Analyse thématique.
Étude 44 (Leusink et al. 2018) (130)	Identifier les facteurs qui empêchent et ceux qui aident les MG à poser un diagnostic face à des femmes qui se présentent avec des plaintes vulvovaginales récurrentes.	17 MG (12 femmes, 5 hommes)	Pays-Bas	4 focus groupes.	Analyse thématique.
Étude 45 (Morgan et al. 2007) (131)	Étudier les facteurs qui influencent et conduisent les MG à adresser un patient présentant des céphalées sans signes cliniques à un spécialiste.	20 MG (9 femmes, 11 hommes)	Royaume-Uni (Londres)	Entretiens semi-dirigés.	Analyse thématique.

Étude 46 (Pavageau et al. 2018) (132)	Comprendre les déterminants de la prescription de statines par les MG chez les personnes âgées de 75 ans et plus en prévention primaire.	13 MG (6 femmes, 7 hommes)	France	Entretiens semi-dirigés.	Analyse thématique.
Étude 47 (Pickles et al. 2016) (133)	Explorer les perspectives des MG et leur ressenti vis-à-vis de l'incertitude lorsqu'ils demandent un dosage du PSA chez des hommes asymptomatiques. Étudier les stratégies qu'ils utilisent pour gérer cette incertitude.	69 MG (répartition non précisée)	Royaume-Uni et Australie	Entretiens semi-dirigés.	Théorisation ancrée.
Étude 48 (Pimlott et al. 2009) (134)	Examiner les défis auxquels est confronté le MG qui traite la démence au Canada.	18 MG (11 femmes, 7 hommes)	Canada	4 focus groupes.	Analyse thématique.
Étude 49 (Schols et al. 2016) (135)	Étudier les expériences des MG et leur point de vue sur le diagnostic et la prise en charge des patients qui présentent des symptômes cardiorespiratoires pendant les horaires de garde. Identifier les moyens de soutenir le diagnostic pendant ces consultations.	15 MG (4 femmes, 11 hommes)	Pays-Bas	Entretiens semi-dirigés.	Analyse thématique.
Étude 52 (Tonkin-Crine et al. 2011) (136)	Étudier l'expérience et le point de vue des MG de 5 pays européens sur les stratégies visant à promouvoir une utilisation des antibiotiques plus prudente.	52 MG (24 femmes, 28 hommes)	Europe (France, Belgique, Espagne, Pologne, Royaume-Uni)	Entretiens semi-dirigés en face-à-face et par téléphone.	Analyse thématique.
Étude 53 (Underwood et al. 2017) (137)	Développer une meilleure compréhension du point de vue et des expériences de prise en charge des céphalées et de l'utilisation de l'IRM en accès direct par les MG.  Étudier les conséquences auprès des MG d'une séance d'éducation animée par un MG spécialisé dans la prise en charge des céphalées.	20 MG (répartition non précisée)	Royaume-Uni (Londres)	Entretiens semi-dirigés en face-à-face ou par téléphone.	Analyse thématique.
Étude 54 (Watson et al. 2017) (138)	Étudier les motivations non médicales des MG les conduisant à demander des analyses biologiques.	23 MG (13 femmes, 10 hommes)	Royaume-Uni	Entretiens semi-dirigés ( <i>In depth interviews</i> )	Analyse thématique.
Étude 55 (Yon et al. 2015) (139)	Étudier les connaissances des internes et leur expérience de prise en charge des patients présentant des symptômes inexplicables.	22 MG (12 femmes, 9 hommes)	Royaume-Uni (Londres)	Entretiens semi-dirigés.	Analyse thématique.



	Rechercher les conseils qu'ils pourraient donner pour améliorer la formation future sur cette question épineuse pour laquelle ils ne reçoivent que peu de formation.				
Étude 56 (Zwolsman et al. 2013) (140)	Observer les prises de décision des MG en consultation afin d'avoir une vue d'ensemble des expressions en rapport avec les 3 aspects de l'EBM (preuve, préférences du médecin, situation et préférences du patient).  Étudier les considérations des MG vis-à-vis de leurs décisions cliniques, en lien avec ces 3 aspects de l'EBM, qui ne sont pas partagées avec le patient.	34 MG, (17 internes dont 12 femmes et 5 hommes, 17 maîtres de stage dont 7 femmes et 10 hommes).	Pays-Bas	Observations de consultations enregistrées en vidéo et entretiens semi-dirigés.	Analyse thématique.
Étude 57 (Dew et al. 2005) (141)	Étudier la compréhension par les MG des raisons pour lesquelles les patients révèlent ou, au contraire, cachent leurs problèmes de santé mentaux, et les raisons pour lesquelles les problèmes de santé mentaux ne sont pas toujours reconnus par les MG.	14 MG (répartition non précisée)	Nouvelle-Zélande	3 focus groupes.	Etude qualitative faisant suite à une première étude de cohorte longitudinale . Analyse thématique.
Étude 58 (Nevalainen et al. 2010) (142)	Étudier la façon dont les externes en médecine appréhendent l'incertitude pendant leur première année de stage, et la façon dont leur ressenti par rapport à l'incertitude évolue avec le temps de la 3ème à la 4ème année d'étude.	22 externes (15 femmes, 7 hommes)	Finlande	Observations de journaux réflexifs et d'écrits sur les thèmes spécifiques.	Analyse thématique.
Étude 60 (McKelvie et al. 2019) (75)	Explorer les problèmes rencontrés par les MG dans le diagnostic des infections sévères chez les patients âgés.	28 MG (13 femmes, 13 hommes, 2 non précisés)	Royaume-Uni	Entretiens semi-dirigés.	Analyse thématique.
Étude 61 (Moore et al. 2019) (76)	Étudier le comportement des MG du Royaume-Uni lorsqu'ils adressent des patients âgés suspects d'infection à l'hôpital.  Observer la façon dont ils évaluent la décision de faire admettre le patient à l'hôpital par rapport aux alternatives et comment les alternatives à l'admission pourraient être rendues plus accessibles.	28 MG (répartition non précisée)	Royaume-Uni	Entretiens semi-dirigés	Analyse thématique.

Étude 62 (Oslislo et al. 2019) (77)	Étudier le point de vue des MG sur les motifs qu'ont les patients de se rendre eux-mêmes aux urgences et leur compétence à évaluer l'urgence de leur propre situation.  Étudier l'opinion des MG en faveur ou non d'une admission aux urgences régulée par les MG.	15 MG (9 femmes, 6 hommes)	Allemagne	Entretiens semi-dirigés.	Analyse thématique.
Étude 63 (Tzartzas et al. 2019) (78)	Décrire le processus de prise de décision sous-jacent conduisant les MG travaillant dans un centre de soins universitaire proposant des consultations externes à adresser ou non leur patient à un spécialiste.	18 MG (répartition non précisée)	Suisse	2 focus groupes.	Analyse thématique.

*Note : les études n°8, 31, 39, 50, 51, 59 ont été exclues après la lecture du texte intégral, cependant les numéros initiaux ont été conservés. Il existe donc 63 études, mais 6 ont été exclues de l'analyse.*



### **3. Évaluation de la qualité des études :**

Au fur et à mesure de l'analyse, la qualité des études était évaluée à l'aide de la grille CASP (Annexe III).

Il est intéressant de noter que pour 27 d'entre elles, les auteurs ne donnaient pas ou peu d'informations sur la relation entre l'enquêteur et l'objectif de l'étude : le rôle du chercheur était rarement discuté. Les changements conceptuels et méthodologiques étaient quant à eux la plupart du temps expliqués.

Trois études ne faisaient aucune allusion aux considérations éthiques.

Pour six études, les résultats ne semblaient peu ou pas applicables à notre milieu, ce qui s'expliquait essentiellement par le fait que l'étude était menée dans un pays dans lequel le système de soins, bien que similaire au nôtre, ne fonctionnait pas strictement de la même façon (par exemple, du fait de l'existence d'un accès spécifique à certains appareils d'imagerie en accès libre pour les médecins généralistes, de recommandations de dépistage différentes, ou d'un service de garde organisé autrement).

Cependant, la méthode qualitative utilisée était à chaque fois minutieusement détaillée et explicitée et ce, pour la totalité des études.

La qualité des études sélectionnées a été jugée globalement satisfaisante par les deux chercheurs pour leur inclusion dans l'étude, car elles décrivaient toutes le processus de prise de décision en situation d'incertitude, ses composantes et ses facteurs modulateurs, chez les médecins généralistes, dans un contexte de soins premiers.

Les études de qualité plus discutables semblaient moins riches en thèmes émergents et contribuaient à la synthèse dans une moindre mesure.

#### 4. Analyse thématique et translation.

La translation réciproque a été faite à partir des thèmes émergents identifiés à partir de chacune des études, relevés dans la fiche de recueil et d'analyse, puis extraits dans le journal de thématisation. Chacun des thèmes issus du journal de thématisation a ensuite été recherché dans chacune des études.

Les thèmes secondaires issus de la translation :

Thèmes	Etudes
Les décisions des MG sont guidées par l'identification de « drapeaux rouges » / signaux d'alarme, plus que par le but de poser un diagnostic précis.	1, 3, 23, 24, 28, 29, 56
Les MG s'appuient sur leur intuition : <i>gut feeling</i> .	1, 3, 11, 15, 22, 23, 29, 45
L'impression globale donnée par le patient est plus importante que le diagnostic.	22, 28, 29, 36, 37
Le <i>gut feeling</i> est plus important que l'impression globale donnée par le patient.	24
La prise en charge des MG vise à mettre en place des « filets de sécurité », à sécuriser la prise en charge afin de réduire le niveau d'incertitude.	1, 5, 6, 23, 29, 34, 36, 45, 48, 60
Une décision qui semble satisfaisante pour le MG s'appuie sur son <i>gut feeling</i> / son sens de réassurance.	1, 15, 22, 24, 60
Un <i>gut feeling</i> partagé.	15, 28
Le <i>gut feeling</i> est personnel et difficilement transférable à un pair.	61
Les signes cliniques qui vont à l'encontre du <i>gut feeling</i> ressenti par le MG ne sont pas pris en compte	60
En situation de garde, les MG s'appuient plus sur les éléments objectifs que sur leur <i>gut feeling</i> .	49
Mener un interrogatoire précis et un examen clinique minutieux (travail de détective) aident le MG à prendre une décision.	3, 17, 29, 36, 49, 57
Les habitudes de prescription ont plus de poids que la présentation clinique du patient.	4, 20, 55, 57
La décision et la façon d'appréhender l'incertitude dépendent des caractéristiques du médecin (son apprentissage, son expérience (les bonnes comme les mauvaises), sa confiance en lui, sa philosophie, ses opinions).	3, 4, 6, 10, 11, 14, 15, 16, 17, 20, 22, 23, 29, 30, 32, 33, 34, 36, 37, 44, 45, 46, 53, 54, 56
La relation/communication médecin-patient guide la décision, le MG adapte les informations qu'il donne aux patients/sa décision aux caractéristiques du patient/nécessité de bien connaître le patient (ses antécédents, ses habitudes, son	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 18, 19, 20, 22, 23, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 36, 37, 38, 40, 41, 42,

contexte social, familial, son statut économique, des changements dans sa présentation en consultation, sa demande, ses souhaits).	45, 46, 47, 48, 49, 54, 55, 56, 57, 60, 61, 62
Importance du lien avec l'entourage.	1, 5, 11, 14, 30, 48
Les attentes du patient que le MG perçoit (ou croit percevoir) influencent sa décision.	22, 24, 26, 33, 36, 37, 38, 45, 54, 56
La décision des MG est influencée par les parents des enfants.	5, 14, 28
Les symptômes vagues et ambigus, les symptômes pour lesquels il faut accepter de ne pas avoir d'explication, l'incertitude du patient, accentuent l'incertitude du MG.	27, 44, 53, 54, 55, 58
Une décision prise dans un contexte de stress, de pression temporelle.	5, 6, 10, 16, 20, 25, 26, 30, 33, 34, 37, 41, 48, 49, 55, 57, 62
Les MG craignent les répercussions médico-légales et agissent en fonction, médecine défensive.	1, 9, 19, 20, 27, 30, 33, 34, 40, 46, 49, 53, 54, 57, 58, 61
La charge de travail influe sur la décision.	1, 5, 9, 26, 34, 49
En situation d'incertitude, le MG peut décider de faire un essai thérapeutique.	2, 11, 13, 17, 20
Il faut parfois apprendre à laisser du temps pour évaluer une situation.	2, 3, 5, 10, 15, 16, 17, 33, 36, 37, 38
Communiquer son incertitude au patient pour partager la décision, le responsabiliser, alliance thérapeutique (même si on ne peut pas obtenir de décision partagée ou son consentement)	17, 19, 25, 34, 36, 38, 40, 42, 44, 47, 53, 56
Importance de parvenir à un accord avec le patient ou avec ses proches.	26, 36, 40, 60
En situation d'incertitude, le MG communique avec les spécialistes, les paramédicaux (pharmaciens), travaille en équipe (avis, transmissions de dossier) et partage la responsabilité de la décision	6, 14, 17, 18, 25, 27, 30, 34, 35, 36, 37, 41, 45, 47, 48, 49, 52, 53, 55, 56
La différence de statut du MG, titulaire ou remplaçant, influence la prise en charge en situation d'incertitude	34
Demande d'examens complémentaires pour diminuer l'incertitude.	15, 20, 27, 33, 36, 45, 49, 53, 54
Les MG se spécialisent dans un domaine pour contrôler leur anxiété.	6
L'EBM ne fournit pas de modèle de décision totalement satisfaisant pour la MG, il faut savoir s'adapter et combiner les recommandations.	10, 11, 19, 25, 28, 35, 36, 40, 42, 43, 46, 47, 48, 56
Les MG utilisent l'EBM sans en être pleinement conscients.	13, 46, 56
La décision est prise en fonction de l'environnement, et des moyens mis à disposition pour le médecin.	22, 23, 24, 30, 32, 36, 37, 41, 57, 62
Recommandations et tests de diagnostic rapide aident les MG à soutenir leur décision au patient mais ne sont pas suffisants.	29, 52

« <i>Satisficing</i> » : évaluer toutes les options possibles pour un patient donné, surtout quand la situation est complexe, faire des compromis/négocier.	19, 22, 32, 40
Stratégies spécifiques des MG pour s'adapter à des patients non connus, poly-pathologiques, complexes et à l'incertitude.	2, 11, 19, 29, 40, 46, 60
Dont priorisation dans le cas des patients poly-pathologiques.	14, 19, 26, 40
Identification par les MG de seuils de recours à la consultation par les patients.	12, 20, 24
Dignité et satisfaction professionnelle : faire son travail correctement, en mobilisant les moyens nécessaires.	33, 57, 58
L'incertitude est modulée ou non avec l'expérience, l'incertitude n'est pas liée à l'incompétence.	41, 43, 53, 55, 57, 58, 61
Difficulté de respecter les principes éthiques du fait des conditions de travail.	26
Frustration, stress et déception.	3, 4, 5, 21, 28, 30, 41, 43, 49, 52
Peur de l'erreur, manque de confiance et sentiment d'incompétence	3, 4, 6, 14, 16, 17, 19, 20, 23, 25, 28, 30, 36, 37, 44, 45, 47, 52, 53, 54, 55
La crainte de prendre une mauvaise décision représente un fardeau émotionnel pour les MG.	61
Les MG accordent de l'importance à ce que pensent les patients de leurs connaissances et compétences.	63
Éthique et conditions de travail	26, 30, 35

L'analyse a conduit à la construction de thèmes tertiaires.

Dans la synthèse, la prise de décision médicale en situation d'incertitude en soins premiers a pu être comprise comme :

- **Une décision qui s'appuie sur le modèle de l'approche centrée patient, par une relation de confiance et en s'adaptant au patient dans sa singularité.**
- **Une décision guidée par un sentiment viscéral : le *gut feeling*, visant à écarter le danger.**
- **Une décision médicale devant être partagée, de même que l'incertitude qui l'accompagne.**
- **Une décision contextualisée, influencée par la notion de pression.**
- **Une situation conditionnant le ressenti des MG vis-à-vis des expériences vécues.**

### **Thèmes tertiaires :**

Dans la synthèse, la prise de décision médicale en situation d'incertitude en soins premiers a pu être comprise comme :

- **Une décision qui s'appuie sur le modèle de l'approche centrée patient, par une relation de confiance et en s'adaptant au patient dans sa singularité.**
- **Une décision guidée par un sentiment viscéral : le *gut feeling*, visant à écarter le danger.**
- **Une décision médicale devant être partagée, de même que l'incertitude qui l'accompagne.**
- **Une décision contextualisée, influencée par la notion de pression.**
- **Une situation conditionnant le ressenti des MG vis-à-vis des expériences vécues.**



## Thèmes secondaires :

Les décisions des MG sont guidées par l'identification de « drapeaux rouges » / signaux d'alarme, plus que par le but de poser un diagnostic précis.
Les MG s'appuient sur leur intuition : <i>gut feeling</i> .
L'impression globale donnée par le patient est plus importante que le diagnostic.
Le <i>gut feeling</i> est plus important que l'impression globale donnée par le patient.
La prise en charge des MG vise à mettre en place des « filets de sécurité », à sécuriser la prise en charge afin de réduire le niveau d'incertitude.
Une décision qui semble satisfaisante pour le MG s'appuie sur son <i>gut feeling</i> / son sens de réassurance.
Un <i>gut feeling</i> partagé.
Le <i>gut feeling</i> est personnel et difficilement transférable à un pair.
Les signes cliniques qui vont à l'encontre du <i>gut feeling</i> ressenti par le MG ne sont pas pris en compte
En situation de garde, les MG s'appuient plus sur les éléments objectifs que sur leur <i>gut feeling</i> .
Mener un interrogatoire précis et un examen clinique minutieux (travail de détective) aident le MG à prendre une décision.
Les habitudes de prescription ont plus de poids que la présentation clinique du patient.
La décision et la façon d'appréhender l'incertitude dépendent des caractéristiques du médecin (son apprentissage, son expérience (les bonnes comme les mauvaises), sa confiance en lui, sa philosophie, ses opinions).
La relation/communication médecin-patient guide la décision, le MG adapte les informations qu'il donne aux patients/sa décision aux caractéristiques du patient/nécessité de bien connaître le patient (ses antécédents, ses habitudes, son contexte social, familial, son statut économique, des changements dans sa présentation en consultation, sa demande, ses souhaits).
Importance du lien avec l'entourage.
Les attentes du patient que le MG perçoit (ou croit percevoir) influencent sa décision.
La décision des MG est influencée par les parents des enfants.
Les symptômes vagues et ambigus, les symptômes pour lesquels il faut accepter de ne pas avoir d'explication, l'incertitude du patient, accentuent l'incertitude du MG.
Une décision prise dans un contexte de stress, de pression temporelle.
Les MG craignent les répercussions médico-légales et agissent en fonction, médecine défensive.
La charge de travail influe sur la décision.
En situation d'incertitude, le MG peut décider de faire un essai thérapeutique.
Il faut parfois apprendre à laisser du temps pour évaluer une situation.
Communiquer son incertitude au patient pour partager la décision, le responsabiliser, alliance thérapeutique (même si on ne peut pas obtenir de décision partagée ou son consentement)
Importance de parvenir à un accord avec le patient ou avec ses proches.
En situation d'incertitude, le MG communique avec les spécialistes, les paramédicaux (pharmaciens), travaille en équipe (avis, transmissions de dossier) et partage la responsabilité de la décision
La différence de statut du MG, titulaire ou remplaçant, influence la prise en charge en situation d'incertitude
Demande d'exams complémentaires pour diminuer l'incertitude.
Les MG se spécialisent dans un domaine pour contrôler leur anxiété.
L'EBM ne fournit pas de modèle de décision totalement satisfaisant pour la MG, il faut savoir s'adapter et combiner les recommandations.
Les MG utilisent l'EBM sans en être pleinement conscients.
La décision est prise en fonction de l'environnement, et des moyens mis à disposition pour le médecin.
Recommandations et tests de diagnostic rapide aident les MG à soutenir leur décision au patient mais ne sont pas suffisants.
« <i>Satisficing</i> » : évaluer toutes les options possibles pour un patient donné, surtout quand la situation est complexe, faire des compromis/négocier.
Stratégies spécifiques des MG pour s'adapter à des patients non connus, poly-pathologiques, complexes et à l'incertitude.
Dont priorisation dans le cas des patients poly-pathologiques.
Identification par les MG de seuils de recours à la consultation par les patients.
Dignité et satisfaction professionnelle : faire son travail correctement, en mobilisant les moyens nécessaires.
L'incertitude est modulée ou non avec l'expérience, l'incertitude n'est pas liée à l'incompétence.
Difficulté de respecter les principes éthiques du fait des conditions de travail.
Frustration, stress et déception.
Peur de l'erreur, manque de confiance et sentiment d'incompétence
La crainte de prendre une mauvaise décision représente un fardeau émotionnel pour les MG.
Les MG accordent de l'importance à ce que pensent les patients de leurs connaissances et compétences.
Éthique et conditions de travail

#### **4.1 Une décision qui s'appuie sur le modèle de l'approche centrée patient, par une relation de confiance et en s'adaptant au patient dans sa singularité.**

Le MG a besoin de connaître son patient (études 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 18, 19, 20, 22, 23, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 36, 37, 38, 40, 41, 42, 45, 46, 47, 48, 49, 54, 55, 56, 57, 60, 61, 62)

La grande majorité des études a montré que le MG avait besoin de bien connaître son patient, ses antécédents personnels, ses antécédents familiaux, ses habitudes, son statut familial et social, de manière à pouvoir établir une décision en ayant le plus d'informations pertinentes possibles et limiter l'incertitude liée au patient, dans une démarche d'approche centrée sur le patient.

*« I have been treating these patients for years, so in most cases I know how the patient behaves, what he looks like, in what condition he is when he is healthy » (MG/étude 29).*

Le MG prêtait une attention particulière à la première impression que le patient lui renvoyait. S'il le connaissait déjà, avait établi une relation de longue date, il était capable de reconnaître une présentation ou un comportement inhabituel.

Bien connaître son patient permettait au MG de lui fournir une information adaptée à son niveau de compréhension, et ainsi d'améliorer la qualité de la relation.

*« « Being familiar with the patient » was related to the quality of the relationship between the GP and his patient » (auteur/étude 11).*

Il était également important pour le MG d'écouter avec attention la demande de son patient, ses interrogations, ses inquiétudes et ce qu'il souhaitait, afin de faciliter la relation. Le MG devait donc faire preuve d'empathie et prêter une écoute sincère et attentive à son patient. Il était parfois nécessaire de savoir lire les indices non verbaux, le langage corporel du patient.

Le MG devait pouvoir prendre en compte l'avis de son patient pour les décisions médicales le concernant.

Lorsqu'il existait une différence de perception de la gravité de la situation clinique entre le MG et le patient, la communication médecin-patient pouvait s'en trouver altérée, notamment lorsqu'il n'existait pas de relation de confiance établie au préalable, que le MG ne connaissait pas le patient, comme c'était le cas en situation de garde (études 5, 26). Par ailleurs, dans ce cas, le MG pouvait avoir des difficultés à se rassurer lui-même et à rassurer son patient.

Il fallait que la balance bénéfique/risque d'une intervention soit en faveur du patient (étude 9).

Le fait d'avoir à prendre en charge un patient que le MG ne connaissait pas avant la consultation conduisait parfois à prendre la décision de le faire hospitaliser ou recourir à des soins spécialisés plus rapidement qu'il ne l'aurait fait s'il avait connu le patient auparavant (étude 49).

Les MG étaient capables d'identifier des seuils de recours à la consultation chez leurs patients : ces seuils correspondaient à la propension des patients à consulter en fonction de leur ressenti vis-à-vis de leurs symptômes. Certains patients étaient donc capables de consulter rapidement pour des symptômes considérés comme mineurs, quand d'autres patients attendaient le dernier moment, et laissaient la situation s'aggraver avant de consulter.

*« [EP happens] with a man I know well, who never complains. So I know that when he calls, it's something important. » (MG/étude 24)*

Les MG modulaient leur niveau de vigilance et leur décision en fonction du seuil qu'ils avaient détecté pour leur patient (études 12, 24). En effet, certains s'inquiétaient du danger de minimiser le risque de survenue d'une pathologie chez des patients qui consultaient de façon fréquente (étude 20).

Le MG a besoin de se connaître lui-même et de faire preuve de réflexivité (études 3, 4, 6, 10, 11, 14, 15, 16, 17, 20, 22, 23, 29, 30, 32, 33, 34, 36, 37, 44, 45, 46, 53, 54, 55, 56)

La confiance en soi du MG, sa philosophie, ses opinions, ses compétences, son expérience et la façon dont il avait mené son apprentissage modulaient également les décisions qu'il prenait pour son patient.

Suite à une erreur de diagnostic, les médecins tendaient à plus de vigilance dans des situations similaires, et étaient moins enclins à tolérer l'incertitude.

Cependant, certains MG avaient des habitudes de prescription qui primaient sur la présentation clinique du patient (études 4, 20, 55, 57).

La façon de résoudre une situation clinique dépendait du tempérament du médecin, selon qu'il était collaborateur, qu'il se concentrait sur le problème à régler plus que sur le patient ou qu'il planifiait le futur (étude 16).

Le sentiment d'incertitude perçu par les MG était parfois lié au sentiment d'être incompetent (étude 55).

Les MG qui avaient un seuil de tolérance au risque élevé avaient plus confiance en leurs compétences pour leurs prises de décisions et étaient moins inquiets rétrospectivement (études 6, 30).

Répondre à la situation particulière du patient (études 2, 11, 19, 27, 29, 40, 44, 46, 53, 54, 55, 58, 60)

Face à des patients poly-pathologiques, complexes, pour lesquels l'application des recommandations semblait difficile (les recommandations pour chacune des pathologies n'étant pas forcément convergentes), les acteurs développaient des stratégies spécifiques à la médecine générale, afin d'intégrer l'incertitude à leur prise de décision (études 2, 11, 19, 29, 40, 46).

*« Le résultat principal est que le médecin, en l'absence de recommandations, adaptait sa décision de prescrire une statine à la situation singulière, en tenant compte de son expérience et du point de vue du patient » (auteur/étude 46).*

Les symptômes médicalement inexpliqués, vagues, ambigus, que présentait certains patients accentuaient l'incertitude du MG (études 27, 44, 53, 54, 55, 58). Il était difficile pour les MG d'accepter de ne pas avoir d'explication à ces symptômes (étude 55).

Ils voyaient le patient dans sa globalité et adaptaient leurs décisions et prises en charge de façon individuelle plutôt que de respecter strictement les recommandations et les algorithmes décisionnels. Leur démarche s'inscrivait dans une approche centrée patient (étude 48).

#### Démarche de priorisation (études 14, 19, 22, 25, 26, 32, 35, 40)

Dans le cas des patients complexes ou poly-pathologiques, il fallait savoir donner la priorité à certains objectifs thérapeutiques sur d'autres qui semblaient non pas moins importants, mais moins préoccupants à un instant donné. Cette démarche prenait le nom de « priorisation ». Elle conduisait à évaluer quelle démarche diagnostique et quelle proposition thérapeutique mettre au premier plan (études 19, 25, 40).

*« The main challenge is to, are you doing more harm or good by treating them. Are you going to cause them more issues by treating them, for example are you going to drop their blood pressure and they fall over and break their hip and they die in 6 months. Or are you better off leaving them alone and keeping your fingers crossed that they don't have a heart attack in 12 months, 2 years. It's very difficult. » (MG/étude 40)*

Cette démarche de priorisation se faisait souvent au détriment des symptômes psychiques, la priorité étant régulièrement donnée aux symptômes physiques (étude 14).

D'autre part, dans des conditions où l'accès aux spécialistes était réduit, il fallait parfois que les MG puissent « classer leurs patients » par degré d'urgence afin d'évaluer les priorités de soin, et ils doutaient parfois de la pertinence de leur demande pour un patient donné (études 26, 35).

Les MG évaluaient toutes les options envisageables pour leur patient en fonction de sa situation individuelle et s'efforçaient de choisir la plus adaptée pour lui, dans son intérêt. Cette démarche prenait le nom de « *satisficing* » (étude 19). Quand les recommandations n'existaient pas ou que plusieurs options étaient possibles et qu'aucune ne semblait objectivement meilleure qu'une autre, les MG se basaient sur leur intuition, leur expérience et leur connaissance du patient pour prendre leur décision.

#### **4.2 Une décision guidée par un sentiment viscéral : le *gut feeling***

Utiliser le *gut feeling* pour identifier les « drapeaux rouges » (études 1, 3, 5, 6, 11, 12, 15, 22, 23, 24, 28, 29, 34, 36, 37, 45, 48, 49, 53, 56, 60, 61)

Les décisions des MG étaient guidées par l'identification de signaux d'alarme, ou « drapeaux-rouges » (études 1, 3, 23, 24, 28, 29, 56). Poser un diagnostic précis était moins important que d'éliminer les diagnostics de gravité. Ceci s'inscrivait dans une sécurisation de la prise en charge : les MG donnaient les consignes qui devaient conduire le patient (ou les parents de l'enfant) à solliciter une nouvelle consultation, afin de réduire le niveau d'incertitude. Ils appliquaient un « filet de sécurité » (études 1, 5, 6, 23, 29, 34, 36, 45, 48, 53).

« ... *it's again leaving the door open, so... there always a bit of safety netting about... if that happens then... just because I have said today I have not found anything when I have examined you, don't dismiss it and come back and the door is open* » (MG/étude 53).

Les MG s'appuyaient sur leur *gut feeling* : l'impression globale donnée par le patient prévalait sur le diagnostic (études 1, 3, 11, 15, 22, 29, 45).

« *It actually depends a little on how the patient looks. If they are pale and sweaty, and really don't look well, then I will always call the medical rescue team* » (MG/étude 3).

« *This « gut feeling » was clearly different from experience* » (auteur/étude 11).

Le *gut feeling* reposait sur le sens de l'alarme et celui de la réassurance. Le sens de l'alarme des MG était activé face à des patients ayant un seuil de recours à la consultation haut (étude 12).

Le *gut feeling* dépendait de la durée de l'expérience professionnelle et de la solidité de la relation médecin-patient qui avait pu se créer au fil du temps (étude 15).

Cependant, se fier à son *gut feeling* pouvait être insuffisant et devait constituer le signal qui conduisait à compléter l'examen, établir des scores, demander des examens complémentaires ou adresser le patient (études 15, 24, 49). Le MG devait mener un travail de détective, c'est-à-dire réaliser un interrogatoire et un examen clinique les plus exhaustifs possible pour rechercher tous les indices qui pourraient l'aider à établir sa décision sur un faisceau d'arguments (études 3, 29). Parfois les MG essayaient de mettre leur *gut feeling* de côté pour s'appuyer exclusivement sur les éléments objectifs, notamment pendant les gardes (étude 49).

Néanmoins, pour la majorité des études, l'intuition du médecin restait plus importante que les signes cliniques (études 1, 3, 11, 15, 22, 23, 24, 45).

Les situations complexes activaient le sens de l'alarme des MG et les forçaient à sortir de leur routine pour utiliser un mode de raisonnement analytique (étude 24).

*« Yes clinical signs and sometimes we have the... we have the « feeling », we feel... we feel the... with converging lines of evidence, we feel that something does not fit ».*  
(MG/étude 24)

Partager le *gut feeling* (études 15, 24, 28, 61)

Le MG pouvait douter de son *gut feeling* et solliciter celui de ses pairs pour un cas particulier, ou du ressenti de l'entourage : partager un même *gut feeling* confortait le MG dans sa décision (études 15, 28).

Néanmoins, il était difficile pour les MG de communiquer, d'expliquer et de faire partager leur propre *gut feeling* à un pair, surtout lorsque ce dernier n'était pas conforté par les signes cliniques (étude 61).

*« I don't know. I haven't ever really been able to put my finger on it. I think the combination of, you know, the way they look and the way they behave, but yeah, it's*

*difficult, because it is just a, it's just a very vague feeling. And, you know, you feel like a complete idiot when you phone the admissions line to the hospital and try and explain to somebody that, you know, this patient doesn't look too bad, but actually really don't think they're right » (MG/étude 61).*

Un sens de la réassurance activé avait une valeur forte pour les MG (étude 24), néanmoins même si les MG avaient tendance à suivre leur *gut feeling*, ils restaient très vigilants quant à la résolution positive du cas (étude 15).

*« As you know, you can see them the next day or in three days' time, or even give them a call. You use this feeling of reassurance so as not to carry out tests you think are not appropriate » (MG/étude 15).*

#### **4.3 Une décision médicale devant être partagée, de même que l'incertitude qui l'accompagne.**

Une décision partagée avec les pairs et les spécialistes (études 6, 14, 17, 18, 21, 25, 27, 30, 34, 35, 36, 37, 41, 45, 47, 48, 49, 52, 53, 55, 56, 63)

En situation d'incertitude, il était important pour les MG de pouvoir partager la décision avec leurs pairs ou des confrères spécialistes. En effet, travailler en équipe, pouvoir partager ses doutes et interrogations, était un moyen de canaliser l'incertitude et de prendre la meilleure décision possible dans l'intérêt du patient (études 18, 25, 27, 36, 41, 48, 49). C'était également un moyen de partager la responsabilité de la prise en charge (études 14, 17).

*« If I'm not sure, I call for my colleague : four eyes see much more than two. And if we both say : « hummm [...] no idea [...] don't know, I send the patient immediately to a dermatologist » (MG/étude 17).*

Afin de favoriser leur propre réflexivité sur leurs décisions, les MG cherchaient à avoir des retours sur leurs prises en charge, que ce soit par le biais de groupes de pairs, de compte-rendu d'hospitalisation, de courriers de spécialistes. Cela leur permettait



d'avoir une analyse critique de leurs comportements diagnostiques et thérapeutiques, et leur permettait d'améliorer ou de se rassurer sur leurs prises en charges (études 30, 52, 55).

Devant le peu de ressources à la disposition du MG lors de consultations concernant des symptômes dont le diagnostic ne pouvait pas être confirmé par des examens complémentaires, comme la dermatologie ou la psychiatrie, et pour lesquels la clinique primait, demander l'avis d'un confrère spécialiste était une solution pour partager l'incertitude (études 17, 48).

Le niveau de tolérance au risque du MG conditionnait les demandes d'avis spécialisés (études 6, 30, 45, 48).

*« I might refer people just for my own anxiety and fears of missing something, even if they're not anxious. So, really, I suppose it depends on lots of factors » (MG/étude 46).*

Lorsque les MG travaillaient en équipe, ils s'assuraient que les informations pertinentes pour la prise en charge du patient soient à la disposition des confrères ou de leurs remplaçants (étude 34).

La différence de statut du MG, selon qu'il était titulaire ou remplaçant, semblait influencer sur sa façon de prendre en charge un patient en situation d'incertitude : les MG remplaçants appliquaient un « filet de sécurité » plus strict ou faisaient hospitaliser les patients plus rapidement, afin d'être certains de la continuité des soins (étude 34).

Les MG appréciaient de partager la prise en charge du patient avec les personnels paramédicaux (kinésithérapeutes, infirmières) : ces derniers leur apportaient des éléments supplémentaires pour les aider dans leurs décisions (étude 18).

Le MG avait conscience que le patient pouvait être rassuré rien que par le fait de consulter un spécialiste (étude 53).

Une décision partagée avec le patient (études 17, 19, 25, 26, 34, 36, 38, 40, 42, 44, 46, 47, 48, 53, 56, 61)

Le MG ressentait parfois la nécessité de communiquer son incertitude diagnostique à son patient, afin d'obtenir sa confiance et son soutien pour l'instauration d'une prise en charge probabiliste (études 17, 47, 56).

*« Well, I say [to the patient] that I am not totally sure [about the diagnosis] but I am sure that it is nothing serious [...] and we try out a steroid and if [it does not help], then you come again. This is no problem » (MG/étude 17).*

Partager la décision nécessitait que la relation médecin-patient soit bien établie, et basée sur la confiance mutuelle (étude 19).

Ceci s'inscrivait dans une approche centrée sur le patient (études 17, 40, 48).

Les MG insistaient sur la responsabilisation des patients dans les décisions médicales qui les concernaient (études 42, 53). Néanmoins, et cela nécessitait une bonne connaissance du patient, ils évaluaient au préalable les capacités du patient à se prendre en charge lui-même et à comprendre les informations données (étude 34).

Ils évoquaient avec le patient les différentes options thérapeutiques envisagées, y compris celle de s'abstenir d'intervenir (étude 46).

Cependant, les MG avaient parfois tendance à faire ce qu'ils pensaient être le mieux pour leur patient sans tenir compte de ses préférences, notamment lorsqu'ils percevaient un danger imminent pour la santé du patient (étude 56).

#### **4.4 Une décision contextualisée, influencée par la notion de pression.**

La décision des MG pouvait être influencée par le patient lui-même (études 20, 22, 24, 26, 33, 36, 37, 38, 45, 49, 53, 54, 56)

Les MG ressentaient parfois une pression de la part du patient qui modulait leur prise de décision (études 22, 24, 26, 33, 36, 37, 38, 45, 54, 56).

Il pouvait s'agir de la pression avérée d'un patient qui souhaitait obtenir un traitement, un examen complémentaire ou un avis spécialisé (études 20, 26, 33, 45, 54).

Il pouvait également s'agir d'une représentation que se faisait le MG du souhait du patient, auquel cas le MG attribuait de façon arbitraire au patient une volonté qu'il n'avait pas exprimée, mais que le MG croyait détecter, d'après l'attitude du patient, à tort ou à raison. Le MG constatait qu'il y avait parfois des divergences entre les attentes du patient vis-à-vis de la consultation et les siennes (études 26, 33).

Ceci soulevait l'importance pour le MG de demander clairement au patient ce qu'il attendait de la consultation (étude 45).

Le fait de ressentir une pression de la part du patient, avérée ou non, était prédictif d'une demande d'examen complémentaires par le MG (étude 54).

*« What's the reason for testing ? Is it your concern ? The patient's concern ? Patient pressure on yourself ? or maybe sometimes your own concerns about are you getting the diagnoses right or not wanting to miss something ? » (MG/étude 49).*

Le MG devait se montrer vigilant vis-à-vis de l'attitude du patient par rapport à ses symptômes : un patient peu inquiet pouvait le conduire à retarder sa prise en charge (études 20, 36).

Paradoxalement, l'incertitude du patient pouvait générer une incertitude chez le MG (étude 53).

La décision des MG était influencée par l'entourage du patient (études 5, 14, 22, 28)

Les parents étaient inquiets lorsque le MG ne pouvait pas poser un diagnostic précis sur les symptômes de leur enfant, notamment en situation de garde. Le MG pouvait avoir des difficultés à rassurer les parents, d'autant plus lorsqu'il n'existait pas de relation de confiance préétablie, et l'incertitude du MG et des parents s'en trouvait majorée (étude 5).

L'attitude des parents influençait la décision du MG d'adresser ou de ne pas adresser leur enfant pour obtenir un avis spécialisé, sans qu'il ne tienne compte de sa propre opinion (études 14, 22).

La décision des MG était conditionnée par une charge de travail importante, le stress et le temps de la consultation (études 5, 6, 10, 15, 16, 20, 25, 26, 30, 33, 34, 37, 41, 48, 49, 55, 57, 62)

Dans un système de soins où les MG étaient payés à l'acte, les contraintes temporelles étaient importantes et ne permettaient pas toujours une analyse complète de la situation du patient (étude 48).

*« I mean once you've identified the problem, you tend to manage it. The question is, do you go ahead and start looking for trouble, when you don't have time to look for it ? I mean, you're not sure you can make a difference on what trouble is coming anyway » (MG/étude 48).*

La charge de travail conditionnait la vitesse à laquelle les MG devaient prendre leur décision : plus la charge de travail des MG augmentait, moins ils prêtaient attention à leur *gut feeling* (étude 15).

Cette temporalité conduisait les MG « pris par le temps » à adresser plus facilement leurs patients vers des spécialistes ou en hospitalisation.

En effet, choisir de privilégier le maintien à domicile pour des patients pour lesquels les MG avaient le choix de les faire hospitaliser ou non nécessitait souvent un plus gros investissement en temps pour le MG.

Les caractéristiques des patients avaient un impact sur la durée des consultations, et les consultations courtes ne permettaient pas aux MG d'effectuer un examen clinique aussi exhaustif qu'ils l'auraient souhaité (étude 6).

Les décisions prises par les MG variaient selon que la consultation avait lieu en début de semaine, en fin de semaine ou en garde (études 26, 30). Les MG étaient plus vigilants pendant les horaires de garde, car les consultations concernaient des symptômes potentiellement aigus, chez des patients qui pouvaient être plus anxieux (étude 49).

Il était nécessaire pour les MG d'apprendre à gérer leur temps.

« Laisser du temps au temps » (études 2, 3, 5, 10, 11, 13, 15, 16, 17, 20, 33, 36, 37, 38, 43, 45, 53)

Le MG pouvait choisir de laisser la situation évoluer afin de la réévaluer après un laps de temps, en ayant écarté les diagnostics urgents (études 2, 3, 5, 10, 15, 16, 17, 33, 36, 37, 38, 53).

En situation d'incertitude, la rapidité du MG à répondre à la demande du patient pour obtenir un avis était par ailleurs un facteur prédictif de prescription en l'absence de signes cliniques francs (étude 45).

Lorsqu'il faisait face à un diagnostic incertain, et après avoir écarté les diagnostics de gravité, le MG pouvait choisir de faire un essai thérapeutique, en l'absence de recommandations adaptées à la situation, puis de réévaluer la situation clinique à l'issue de l'essai (études 2, 11, 13, 17, 20, 43). Cette attitude présentait l'avantage de chercher à résoudre la situation lorsque le MG estimait qu'un avis spécialisé n'était pas nécessaire ou lorsque la consultation spécialisée était éloignée dans le temps (étude 17).

*« Regarding emollients, I guess the challenging thing about them is saying : « I don't know which one is going to be the right one for you, and you may have to try 10 before you get the one that suits you. » I wish I could make it easier for people [laughs], but it is a bit of trial and error » (MG/étude 43).*

Les aspects médico-légaux ont un rôle dans la décision des MG prise en situation d'incertitude (études 1, 9, 19, 20, 27, 30, 33, 34, 40, 46, 49, 53, 54, 57, 58)

Les MG disaient pratiquer une médecine défensive lorsque la crainte des sanctions médico-légales prenait le pas sur d'autres considérations (étude 20). Les MG craignaient les conséquences négatives de ne pas avoir demandé d'examen complémentaires ou d'avis spécialisés (étude 49).

Ils prescrivaient alors des examens complémentaires, des traitements ou demandaient des avis ou hospitalisation qui n'étaient pas nécessaires, dans le désir de se protéger eux-mêmes plutôt que dans l'intérêt du patient. Il s'agissait d'appliquer le principe de précaution (étude 27).

La décision dépendait des moyens mis à la disposition des MG et de l'environnement dans lequel ils exerçaient (études 22, 23, 24, 29, 30, 32, 36, 37, 41, 45, 57)

Les médecins qui avaient à disposition des tests de diagnostic rapide au cabinet s'en servaient pour appuyer et expliquer leur diagnostic au patient, mais en aucun cas les MG ne prenaient une décision à partir du seul TDR (étude 29).

Les médecins qui avaient accès aux examens complémentaires ou à des spécialistes dans un périmètre proche avaient tendance à adresser leurs patients plus rapidement et plus fréquemment afin de lever le doute ou conforter leurs décisions (étude 45)

Demander des examens complémentaires (études 1, 15, 20, 27, 33, 34, 36, 45, 49, 53, 54)

Les MG demandaient parfois des examens complémentaires dans le but de se rassurer eux-mêmes ou de rassurer le patient. Le seul fait de prescrire un examen était un moyen de signifier au patient qu'ils le prenaient en charge et tenaient compte de son inquiétude (étude 54). Ils étaient prêts à discuter de l'inutilité d'un examen avec le patient, mais lui laissait le choix de passer cet examen ou non. Cette attitude dépendait du niveau de confiance en soi du MG, et du temps imparti à la consultation (étude 33).

Les MG se servaient parfois de la prescription d'examens complémentaires comme d'un outil pour gérer leur temps de consultation, en effet ces derniers constituaient parfois un moyen de terminer la consultation lorsque le temps imparti était dépassé (étude 20).

Cependant, recevoir des résultats d'examens complémentaires peu concluants les menait parfois à demander d'autres examens afin de lutter contre l'incertitude et créait un cercle vicieux (étude 54).

Les MG devaient montrer des capacités d'adaptation aux différentes situations qu'ils rencontraient. Ils tenaient compte de l'incertitude en suivant leur propre méthode pour rassembler les éléments nécessaires à leur prise de décision (étude 29).

En situation d'incertitude, et encore plus avec des patients poly-pathologiques, l'objectif des MG était de sécuriser la prise en charge, dans l'intérêt du patient (études 1, 34).

« *navigating uncertain waters with safety margins* » (auteur/étude 36).

#### **4.5 Une situation conditionnant le ressenti des MG vis-à-vis des expériences vécues.**

Frustration, stress et déception (études 3, 4, 5, 21, 23, 28, 30, 41, 43, 48, 49, 52)

Les MG ressentait un décalage entre l'EBM, les recommandations et leur pratique quotidienne. Ceci les conduisait à un sentiment de frustration, résultant de l'incapacité à appliquer leurs connaissances théoriques aux situations cliniques qu'ils rencontraient, du fait du contexte dans lequel ils prenaient leurs décisions (études 4, 21, 28, 43). Ils avaient le sentiment que les algorithmes décisionnels dépersonnalisait la relation médecin-patient (étude 28). En effet, plus souvent que dans les autres spécialités, ils voyaient leur patient dans sa globalité et pensaient leur travail en termes de relations (avec le patient, avec sa famille) et non en termes de maladies (étude 48).

La découverte de cette ambivalence pouvait même créer un sentiment de déception chez les internes dès leurs premiers stages (étude 4).

Le manque de temps, la charge de travail (notamment lors des gardes) et le manque de soutien (difficulté d'accès aux avis spécialisés ou aux structures hospitalières) étaient pourvoyeurs de stress et d'inquiétude au sujet des patients pour les MG (études 5, 30, 41, 49).

En effet, ils étaient parfois réticents à adresser leurs patients dans des services de soins spécialisés, car ils étaient conscients de la saturation croissante de ces services et de la pénurie de soins secondaires, ce qui rendait les prises en charge en situation d'incertitude encore plus inconfortables (étude 35).

Les situations à haut risque d'incertitude (par exemple : pathologies psychiatriques, symptômes médicalement inexpliqués) associées à un manque de moyens prédisaient une attitude négative des MG vis-à-vis des patients hypochondriaques, gériatriques ou souffrant de douleurs chroniques (étude 41).

Dans le contexte spécifique de l'exercice en horaires de garde, l'anxiété des patients ressentie par les MG générait du stress et majorait leur incertitude, du fait de l'absence de relation de confiance médecin-patient préexistante (études 5, 23, 49).

Le stress et l'incertitude menaient à un comportement défensif, c'est-à-dire au recours à des examens complémentaires et à des avis spécialisés (étude 49).

A l'inverse, comme nous l'avons montré plus haut, les MG étaient rassurés par le fait de pouvoir discuter et comparer leurs habitudes de prises en charge avec leurs confrères (étude 52).

Peur de l'erreur, manque de confiance et sentiment d'incompétence (études 3, 4, 6, 14, 16, 17, 19, 20, 22, 23, 25, 28, 30, 33, 36, 37, 43, 44, 45, 47, 52, 53, 54, 55, 61, 63)

Les MG qui avaient eu de mauvaises expériences par le passé (mauvais diagnostic ou retard de diagnostic ayant entraîné des conséquences néfastes pour le patient) adressaient leur patient plus rapidement et plus souvent en situation d'incertitude (études 3, 20, 30, 53, 54).

Une autre conséquence de la peur de l'erreur était l'inertie thérapeutique : dans une situation inconfortable mais qui paraissait stable, les MG préféraient maintenir le *statu quo* plutôt que de tenter d'améliorer la prise en charge et d'exposer le patient à des effets indésirables (études 19, 25, 28). Dans ces situations, leur *leit-motiv* faisait référence au serment d'Hippocrate « *primum non nocere* » (étude 37).

La crainte de prendre une mauvaise décision représentait un « fardeau émotionnel » pour les MG (étude 61).

« *I think the thing for me was the, I would feel just dreadful if I missed something and somebody died unnecessarily* » (MG/étude 61).



Le manque de confiance en soi et le manque d'expérience clinique et diagnostique conduisaient les MG à prescrire plus de traitements et d'examens complémentaires (études 4, 22, 23, 33). Le stress et l'incertitude menaient à des comportements défensifs (étude 49).

Les MG exprimaient une méfiance envers les nouvelles technologies et envers les preuves sur lesquelles s'appuyaient certaines recommandations (études 37, 52, 53). Les MG avaient l'impression de ne pas être suffisamment à jour dans leurs connaissances et leurs compétences dans un milieu en constante évolution, de plus en plus performant et pointu. Ils se sentaient vulnérables et mal équipés pour faire face à l'évolution des savoirs médicaux (études 6, 14, 44). En parallèle, l'inconfort ressenti face aux symptômes médicalement inexplicables était ressenti par tous les médecins, à n'importe quel stade de leur carrière (étude 55).

Les MG qui ressentaient ce sentiment de désarroi et d'incompétence avaient tendance à demander plus d'avis spécialisés (études 6, 14, 16, 17, 45, 47).

Ils accordaient de l'importance à ce que pensaient les patients de leurs aptitudes et de leurs compétences, et craignaient parfois que les patients remettent en cause leurs connaissances s'ils les adressaient à d'autres spécialistes (étude 63).

Afin de pallier cette sensation, certains MG prenaient la décision d'orienter leur pratique vers une spécialité particulière (étude 6).

La tolérance à l'incertitude et la confiance en soi semblaient s'améliorer avec l'expérience (études 30, 53), cependant l'amélioration des connaissances et de l'expérience n'apportait pas plus de certitudes, mais plus de prudence et d'humilité (études 36, 43, 45).

*« We used to have a partner who is retired now who had pretty well double everyone else's [referral rate], in spite of being very experienced, good at diagnosis and so on, but he couldn't stand uncertainty » (MG/étude 45).*

*« [The GPs] described [...] learning to harbour uncertainty and live with the fact that nothing was certain » (MG/étude 36).*

### Éthique et conditions de travail (études 26, 30, 35)

Dans un contexte de contraintes temporelles et de contraintes de moyens, les MG avaient l'impression de manquer d'équité dans leurs prises en charge. En effet, le MG était placé comme gardien des ressources dans le sens où c'est lui qui permettait au patient d'accéder à des examens complémentaires et avis spécialisés.

Néanmoins, du fait de la raréfaction des spécialistes et de la raréfaction de l'accès aux soins secondaires, les MG devaient prioriser leurs patients en fonction de leur évaluation clinique, sans certitudes. Ces décisions à prendre étaient vécues comme un « cas de conscience » par les MG, qui questionnaient la difficulté à maintenir une égalité entre les patients, et l'impossibilité d'appliquer les principes éthiques dans ces conditions (études 26, 35).

*« The reality is we're not in a position to judge what the priorities are or what the needs are of the other patients that have been referred, I mean we're not. They have to do that in secondary care » (MG/étude 26).*

Certains MG s'étaient déjà sentis coupables d'avoir fait admettre un patient à l'hôpital dans un contexte de pénurie de soins secondaires (étude 30).

### Dignité professionnelle (études 33, 57)

Les MG étaient préoccupés par le fait de prendre les « bonnes » décisions de prise en charge pour leurs patients. En effet, dans un contexte d'incertitude, et à défaut de prendre la décision la meilleure d'un point de vue objectif, il leur fallait arriver à une prise en charge qui leur semblait acceptable et convenable pour leur patient, en accord avec leur conscience professionnelle et, dans la mesure du possible, avec l'opinion des confrères (étude 33).

*« I need a proper clinical history and a good physical examination before deciding on radiography [...] that you don't send them... (to a specialist)... without having done something yourself » (étude 33/MG).*

Les MG pouvaient ressentir une certaine satisfaction professionnelle lorsqu'ils parvenaient à maîtriser leur incertitude lors de prises en charge complexes (étude 57).

## **IV) DISCUSSION**

Notre métasynthèse a permis de mettre en lumière la façon dont les MG appréhendaient l'incertitude dans un contexte de soins premiers. Ce travail original est à notre connaissance la première métasynthèse sur le sujet.

Dans un contexte de soins premiers, le médecin généraliste appréhende l'incertitude dans sa prise de décision médicale en s'appuyant sur la décision médicale partagée, dans une approche centrée sur le patient. La décision est individuelle et contextualisée, c'est-à-dire qu'elle dépend du MG mais aussi d'une approche biopsychosociale du patient, ainsi que de l'environnement et des moyens à la disposition du MG. Les MG synthétisent les données de la science, de façon plus ou moins consciente, et développent des stratégies spécifiques à la médecine générale, afin de s'adapter à la complexité du patient. L'incertitude ne disparaît pas avec l'expérience mais le développement des compétences réflexives du MG lui permet d'améliorer sa façon de l'appréhender (143). Faire preuve d'humilité et se donner les moyens de réfléchir à sa propre pratique sont une force pour le MG, et ces aptitudes contribuent à améliorer le concept de dignité professionnelle.

### **1. Discussion du résultat principal**

#### **1.1 ACP, alliance thérapeutique, complexité du patient.**

Connaitre le patient et sa famille est une force de la MG.

L'incertitude des MG est accentuée par les symptômes médicalement inexpliqués, les plaintes récurrentes pour des symptômes non organiques. Michael Calnan avait déjà avancé en 1983 que les patients qui inquiétaient le plus les MG étaient ceux qui présentaient des symptômes qui n'étaient pas physiques (des plaintes psychiatriques), et des maladies chroniques, au contraire des patients qui présentaient des symptômes organiques et des pathologies aiguës, plus rassurants (144).

L'objectif des MG est de trouver la prise en charge la meilleure pour leur patient, plutôt que de chercher à établir un diagnostic précis, et leurs décisions s'appuient sur des

considérations dichotomiques comme le montrait déjà l'étude de Summerton et al : traiter ou non, adresser ou non, la situation est-elle grave ou non (20) ?

Parfois, la demande d'examens complémentaires ne répond qu'au souhait de rassurer le patient, ou bien le MG lui-même, avec le risque de mettre en évidence des résultats subnormaux qui peuvent eux-mêmes générer de l'incertitude et de l'anxiété, comme le retrouve l'étude de Watson et al (145).

## **1.2 Gut feeling et principe de précaution.**

Les MG s'appuient sur leur *gut feeling* pour prendre leurs décisions en situation d'incertitude, sans que cela soit toujours suffisant : une étude a montré que l'intuition était associée négativement avec la performance mais positivement avec l'expérience, l'intuition s'améliore avec l'expérience mais n'exclut pas le risque d'erreur lors de la prise de décision (146). De plus le *gut feeling* apparaissait dans notre étude comme personnel et difficilement transférable à un confrère (76).

C'est pourquoi les MG cherchaient donc à renforcer leur intuition par une analyse minutieuse des données cliniques, notamment pour des situations qu'ils n'avaient pas rencontrées précédemment, ou qui semblaient moins évidentes, afin d'éviter les biais cognitifs (147)

Une décision basée sur un processus intuitif peut être soutenue, modifiée ou rejetée après mise en route d'un mode de raisonnement réflexif (147).

## **1.3 Décision médicale et incertitude partagées.**

L'utilisation des recommandations est un moyen pour les MG de se former de façon continue, puisqu'elles évoluent au fil du temps. Cet apprentissage, ainsi que le fait de participer à des réunions de partage de l'information avec leurs pairs leur permet d'être plus sûrs d'eux (148).

Il est très important pour les MG de développer un réseau de spécialistes d'organe avec lesquels échanger au sujet de situations spécifiques particulières et à qui adresser leurs patients (137). En effet le dialogue a une place essentielle dans la prise de décision : le savoir et les connaissances nécessaires pour prendre une décision

correcte et adaptée sont multidimensionnels, c'est la raison pour laquelle avoir un retour sur ses décisions, et pouvoir discuter avec d'autres médecins est primordial. Par ailleurs, avoir la confirmation pour le MG par un spécialiste d'organe que la décision qu'il a prise pour un patient donné était la bonne est un moyen de renforcer sa confiance en lui pour les décisions à venir (148).

Les techniques de communication, les bases de l'entretien motivationnel et l'éducation thérapeutique du patient pourraient avoir un impact pour diminuer le sentiment d'incertitude (128).

Les MG ont besoin de partager la responsabilité de la décision, ce qui est facilité lorsqu'ils peuvent échanger entre eux (107). Ils ont besoin de soutien (76). Une enquête réalisée par la commission jeunes médecins de l'Ordre auprès de 15319 médecins dont 2443 internes, 2079 remplaçants exclusifs, 10797 installés entre le 7 janvier et 27 février 2019 a montré qu'il était déterminant pour les jeunes médecins (toutes spécialités confondues) :

- De pouvoir travailler en réseau et s'entraider pour répondre aux besoins de santé,
- De pouvoir s'appuyer sur des professionnels de santé et des établissements dans le secteur,
- De pouvoir compter sur un réseau de professionnels déjà existant (149).

En 2015, le Commissariat Général à l'Égalité des Territoires avait déjà publié une étude menée en 2013-2014 qui dressait un état des lieux de l'installation des jeunes médecins généralistes dans les territoires français. Cette étude s'intéressait aux facteurs motivant l'installation des jeunes MG. On retrouvait ainsi, parmi les facteurs d'attractivité prépondérants, l'existence et la qualité d'un projet professionnel collectif sur le territoire porté par les confrères (maison de santé pluri-professionnelle, cabinet de groupe, etc.) et, parmi les autres facteurs déterminants, la présence de confrères et de professionnels paramédicaux sur le territoire, la proximité d'équipements et de services médicaux (radiologie, laboratoire, etc.) et d'un service d'urgence (150).

Plusieurs travaux de thèses ont montré que les jeunes MG qui souhaitaient s'installer l'envisageaient maintenant essentiellement en groupe, souvent dans des maisons de santé pluri-professionnelles, afin de ne pas être seul et de pouvoir compter sur les autres professionnels installés, que ce soit pour un avis médical, une prise en charge

partielle des patients en cas d'absence, pour partager ou répartir le temps de présence médicale ou encore pour partager la patientèle et ne pas être l'unique référent du patient (151–153). Ces motivations rejoignent le souhait des MG de partager la responsabilité de la prise en charge.

#### **1.4 Décision contextualisée, sous pression.**

Les MG étaient influencés par les parents du patient/le patient dans leurs décisions de prise en charge, ce que confirment d'autres études ((154) : la décision prise est différente selon le niveau d'anxiété des parents perçu par le MG).

Les MG sont sensibles aux contraintes temporelles, et le temps manque pour éduquer les patients (154). Le temps de la consultation peut être ressenti comme trop court par le MG pour évaluer correctement une situation. Bien que le MG adapte son temps de consultation au motif de venue du patient, le temps imparti n'est pas extensible à l'infini, d'autres variables entrent en jeu, comme la rémunération à l'acte, ou encore la pression de la salle d'attente.

Certains MG s'orientent vers une pratique salariée en centre de soins, parce qu'ils y trouvent un équilibre entre temporalité de la consultation et rémunération (155).

D'autres plébiscitent un exercice de groupe, salarié ou libéral, en s'affranchissant de tout ou partie des contraintes administratives (facturation, encaissement et télétransmission), afin de consacrer l'essentiel de leur temps à la prise en charge médicale.

La plupart des MG sensibles à la pression du temps et de la salle d'attente travaillent uniquement sur rendez-vous, ce qui représente une façon de réguler la charge de travail (156).

Afin d'améliorer la performance et le vécu de la prise de décision, il faut prendre en compte les particularités individuelles du décideur, la nature de la décision à prendre et le contexte dans lequel elle est prise (146).

## 1.5 Ressenti des MG.

L'épistémologie biopsychosociale, qui tient compte des composantes psychologiques, sociales et médicales du patient, est associée à moins de réactions de stress de la part des MG face à l'incertitude, alors que l'épistémologie biomédicale, système dualiste qui sépare le corps et l'esprit, est associée à de plus nombreuses réactions de stress face à l'incertitude (157).

Les MG étaient réticents à utiliser certaines recommandations car elles étaient parfois difficiles à appliquer à des patients poly-pathologiques ; de plus ils étaient dubitatifs sur les preuves sur lesquelles celles-ci s'appuyaient. Les barrières à l'application des recommandations peuvent se trouver dans la capacité à évaluer le risque et à le communiquer au patient et dans la motivation des MG à suivre les recommandations et à faire de la prévention : ils ont besoin de soutien pour appliquer ces recommandations. Une étude a montré que les MG seraient prêts à utiliser un site qui regrouperait les recommandations utiles pour la prévention du risque cardiovasculaires pour identifier les patients à risque et les traiter selon les recommandations (158).

Deforge et Sobal ont montré que les internes en MG sont plus intolérants à l'incertitude que les étudiants en médecine au début de leur cursus, pendant l'externat (142).

Tous les MG ne voient pas l'incertitude comme un élément négatif de leur pratique, certains avaient conscience qu'elle n'était pas liée à leur compétence (141).

Ils étaient conscients de la nécessité de séparer le sentiment d'incertitude du sentiment d'incompétence (139,141)

Van der Weijden et al. (108) ont avancé qu'il y avait une contradiction entre la médecine rationnelle basée sur l'EBM et sur les recommandations, et la consultation centrée sur le patient, alors qu'EBM et ACP doivent pourtant être menées ensemble, dans l'intérêt du médecin, et du patient. En effet, c'est l'EBM qui permet au MG d'inclure les dernières preuves de la science à son expertise du patient afin de parvenir à une décision médicale partagée qui soit la meilleure option pour le patient et lui-même (159).

Les MG utilisent l'EBM de façon implicite (132). Un travail s'est intéressé à la possibilité et la faisabilité de former des étudiants à appliquer leurs connaissances théoriques en EBM aux cas cliniques qu'ils pouvaient rencontrer dans leur vie professionnelle (160).

Les MG ont à cœur la notion de dignité professionnelle, c'est-à-dire qu'ils s'efforcent de fournir un travail qui soit acceptable et reconnu par eux-mêmes et leurs pairs comme étant une réponse sérieuse, réfléchie et cohérente à la situation particulière d'un patient donné, à un instant donné.

Cette notion de dignité est directement liée aux valeurs des MG. Schwartz a élaboré une définition des différentes valeurs qui pouvaient influencer les décisions immédiates et à long terme. Il identifie ainsi 10 valeurs de base parmi lesquelles une étude quantitative réalisée dans le cadre d'un travail de thèse de MG a pu montrer que celles qui prévalaient chez les MG étaient la bienveillance, l'universalisme et l'autonomie (161). Une revue de la littérature ayant pour but d'identifier les valeurs des professionnels de santé et de les regrouper dans un cadre s'appuyant sur le modèle de Schwartz a quant à elle montré que les valeurs prépondérantes chez les professionnels de santé étaient l'altruisme, l'égalité et la capacité (162). Il existe une relation forte entre les valeurs personnelles du médecin et ses valeurs professionnelles, et les valeurs spécifiques personnelles ou professionnelles qui guident le praticien dans sa prise de décision varient en fonction du contexte clinique. Prendre conscience de ses propres valeurs peut permettre au MG de prendre des décisions qui soient plus centrées sur le patient. Par ailleurs, partager les mêmes valeurs au sein d'un même groupe professionnel peut améliorer le travail d'équipe et les prises de décision communes (162).

Les MG ont également à cœur que les patients reconnaissent leur investissement dans leur profession, et l'attention qu'ils accordent à la qualité du service rendu. Un rapport publié en 2008 par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques sur les raisons de cessation d'activité des MG libéraux identifiait la non-reconnaissance de l'engagement professionnel des MG par les patients comme un des facteurs déterminant leur décision. À noter qu'on retrouvait la charge d'activité, tant objective (temps de travail) que subjective (ne pas pouvoir « décrocher » mentalement en dehors des horaires de travail) parmi ces mêmes facteurs (163).



## 2. Comparaison avec la littérature existante

À notre connaissance, il s'agit de la première métasynthèse qui traite de la façon dont l'incertitude est perçue et prise en compte par les MG dans leurs prises de décision.

Les thèmes extraits de la recherche complémentaire sur 2019 concordent avec ceux déjà identifiés dans notre travail initial.

Il est intéressant de noter que certaines de ces études retrouvaient des thèmes non identifiés jusqu'à présent :

- Les MG devaient affronter une difficulté supplémentaire dans leurs prises de décision en situation d'incertitude, lorsque leur *gut feeling* n'était pas appuyé par les signes recherchés à l'examen clinique. En effet, s'ils décidaient de faire admettre leur patient à l'hôpital, il leur était difficile de communiquer ce *gut feeling* au médecin en charge de l'admission sans fournir d'éléments cliniques objectifs (76).
- Nous avons mis en évidence dans notre travail que les scores cliniques étaient finalement peu utilisés par les MG dans leurs prises de décision. Néanmoins, ils constituent des outils de négociation lorsqu'il s'agit d'adresser le patient dans une structure de soins secondaires (75).
- Nous avons montré que bien connaître le patient était un facteur essentiel pour prendre une décision contextualisée, et que la charge de travail rendait cette prise de décision souvent difficile. McKelvie et al. ont mis en lumière que travailler à temps partiel serait un frein à la création et la pérennité d'une relation MG-patient solide. En effet, le patient rencontrerait alors des MG différents au cours du temps ce qui était perçu comme un obstacle à une bonne continuité des soins (75).
- Enfin, l'une des études mettait en avant que les MG pouvaient ressentir un sentiment d'infériorité par rapport aux autres médecins spécialistes, et que la décision ou non d'adresser un patient jouait sur leur estime d'eux-mêmes et de leurs propres connaissances et compétences. Ainsi les MG ne voulaient pas demander trop d'avis spécialisés, par crainte que leurs collègues les jugent incompetents, et pouvaient voir le fait de ne pas adresser comme un défi, afin de prouver leur compétence à régler certaines situations seuls. Les MG accordaient également une grande importance à l'estime que leurs patients leur

portaient, et craignaient parfois que le fait de les adresser à un spécialiste perturbe la dynamique de la relation MG-patient et que leurs patients jugent leurs connaissances et compétences. Ces notions n'étaient pas apparues dans notre étude (78).

Parmi les moyens à la disposition des MG déjà identifiés pour mieux prendre en charge l'incertitude, on retrouve la décision médicale partagée, le recueil minutieux de l'anamnèse, un examen clinique pointilleux, ce qui permet d'exclure les diagnostics différentiels de gravité inquiétants et d'établir une relation de confiance avec le patient (159).

Nos résultats mettent en relief les moyens à la disposition des MG pour se préparer à prendre en charge un patient, en situation d'incertitude, mis en évidence par O'Riordan et al. et présentés en introduction (25).

La réticence des MG vis-à-vis de l'application des recommandations a été explorée par une étude qualitative qui mettait en lumière le sentiment pour les MG qu'une normalisation de la MG semblait peu réalisable dans le contexte singulier du patient. Les recommandations issues de la communauté scientifique, basées sur l'EBM, leur semblaient cependant plus acceptables que celles émanant de l'assurance maladie, qu'ils jugeaient d'intérêt essentiellement économique (164).

Nos résultats concernant les comportements des MG pour lutter contre la pression du temps en consultation sont les mêmes que ceux identifiés par Di Caccavo et al. en 1995 et présentés en introduction : les MG convoquaient les patients à distance, adressaient leur patient à un spécialiste d'organe ou lui prescrivaient des examens complémentaires, même s'ils n'étaient pas convaincus de leur utilité. Ils pouvaient également ne tenir compte que de la plainte réellement apportée par le patient, sans chercher à investiguer davantage (24). Des techniques de communication comme l'utilisation de questions fermées, permettant de diriger la consultation, étaient également utilisées, ce qui limitait l'exploration de la plainte du patient par le MG et pouvait nuire à la décision, par manque d'informations (23).

L'une des études incluses dans notre analyse abordait la notion de « *satisficing* » (107), qui renvoie à la prise de décision dans des situations où il existe :

- une incertitude sur les données sur lesquelles s'appuiera la décision,
- et/ou une limitation des ressources cognitives,
- et/ou une pression temporelle qui impose une prise de décision rapide au décideur.

Ces conditions sont souvent réunies lors des consultations de MG. Oh et al. ont étudié cette stratégie décisionnelle et ont montré qu'en situation d'urgence, les décideurs donnaient la priorité à certaines sources d'information par rapport à d'autres, afin de réduire l'effort de réflexion et le temps consacré à la décision (165). Ceci permet aux MG de parvenir à une décision « suffisamment satisfaisante » dans le délai imparti, lorsque le volume de données est trop important (165,166).

Dans notre étude, nous nous sommes intéressés au point de vue des MG vis-à-vis de leur propre incertitude. Cette incertitude du MG est également ressentie par les patients. Une étude qualitative menée auprès de 6 patients a mis en évidence que la confrontation entre l'image fantasmée du médecin et la réalité pouvait être décevante pour les patients, et que cette incertitude du MG pouvait être synonyme d'incompétence, ce qui peut confirmer la crainte exprimée par certains MG de notre étude (167). Néanmoins, lorsque la relation médecin-patient s'inscrivait dans la durée, les patients étaient moins à même de remettre en question la crédibilité de leur médecin. Par ailleurs, percevoir l'incertitude de son MG permettait au patient de passer d'un sentiment de vulnérabilité à une certaine autonomie dans la relation, dans une démarche de responsabilisation, le patient éclairé devenant acteur de sa propre prise en charge. Ceci conforte l'importance pour les MG d'aller vers une démarche de décision partagée avec les patients. Les patients avaient besoin d'être sécurisés : ainsi lorsque leur MG exprimait son incertitude, ils pouvaient être rassurés s'ils constataient qu'il adoptait une démarche scientifique rigoureuse et prenait en compte leur cas singulier. L'hypothèse était avancée que l'incertitude, bien que déstabilisante, pouvait renforcer la relation médecin-patient (168). Ces résultats confirment les nôtres : la décision doit s'appuyer sur une démarche centrée-patient, s'adapter à son cas singulier, et la décision doit être partagée.

Cependant, l'étude de Alam et al. montre que dans la dimension éthique de la gestion de l'incertitude, certains MG restent réticents à dévoiler leur incertitude au patient s'ils pressentent une réaction négative de sa part, et que les jeunes MG sont plus enclins

à cacher leur incertitude à leur patient alors que les MG plus expérimentés sont plus enclins à en parler avec leur patient (11). L'acceptation de l'incertitude s'améliorerait donc avec l'expérience, ce qui rejoint nos résultats.

Motte et al. ont montré que la gestion de l'incertitude ne « dépend pas seulement des savoirs que l'on est capable de mobiliser mais aussi de la façon dont on constitue et mobilise ces savoirs » (169). Ils définissent ainsi la notion d'épistémologie personnelle, constituée des « convictions (ou croyances) que nous avons sur ce qu'est la connaissance (certitude et simplicité de la connaissance) et comment nous comprenons, intégrons et mettons en application la connaissance (sources et justifications des connaissances) » (143). Ainsi, ils ont précisé cette épistémologie personnelle comme une structure à quatre composantes :

- La certitude des connaissances : les connaissances sont soit fixes soit évolutives,
- La simplicité des connaissances : les connaissances sont soit isolées soit organisées en concepts,
- La source des connaissances : soit la connaissance est donnée au sujet, soit le sujet est constructeur de la connaissance,
- La justification des connaissances : la connaissance est soit validée d'autorité (perçue comme certaine) soit validée par le ressenti (perçue comme incertaine).

Les individus mobilisent ensuite ces croyances épistémologiques de façon variable en fonction de chaque situation rencontrée et de facteurs qui leur sont personnels. Ainsi plus un étudiant mobilise son épistémologie personnelle, plus il est à même de tolérer son incertitude vis-à-vis d'une situation donnée (figure 4).

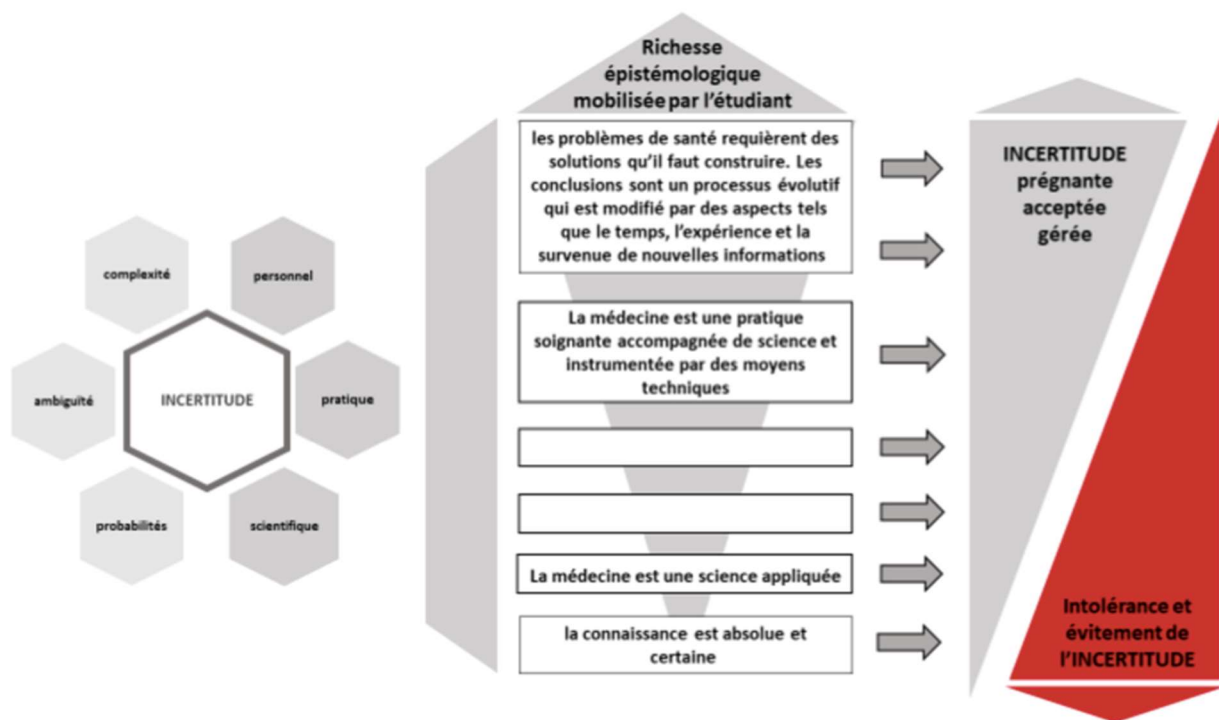


Figure 4 - Gestion de l'incertitude par l'étudiant en fonction de l'épistémologie mobilisée (143).

Ces données corroborent les résultats de notre travail : il est nécessaire que les MG travaillent leur propre réflexivité et apprennent à utiliser leur épistémologie personnelle.

### 3. Discussion de la méthode

Forces :

- La méthode d'analyse était adaptée à notre objectif compréhensif,
- Les critères de qualité ont été explicités et respectés à chaque étape,
- Nous avons utilisé la grille CASP pour l'évaluation de la qualité des études et renforcer la rigueur de notre étude (bien qu'elle ne soit pas mentionnée dans le guide eMERge),
- Nous avons respecté les étapes du guide eMERge, pour la rédaction de notre étude (Annexe II),
- Notre recherche, notre analyse et la synthèse ont été triangulées aux principales étapes par 2 chercheurs.

## Faiblesses :

- Nous avons initialement arrêté l'analyse au 31 décembre 2018. Nous avons finalement effectué une recherche complémentaire au cours de l'année 2020 sur la période du 01/01/2019 au 31/01/2019. Bien que cette recherche n'ait pu porter que sur 5 des 7 bases de données utilisées initialement pour notre recherche systématique (l'une de ces bases ayant cessé d'être alimentée après 2018, et l'autre ne permettant pas la recherche sur une année donnée), cette recherche complémentaire a permis d'identifier de nouveaux thèmes, nous permettant ainsi d'approfondir l'analyse de notre travail.
- Les études devaient être obtenues à l'aide de l'équation de mots-clés définie par la recherche préliminaire, ou à l'aide de la bibliographie des études identifiées par cette même équation. *A posteriori*, compte-tenu du nombre de résultats obtenus, les écrits obtenus par remontée de filières ont cessé d'être recherchés et ceux déjà repérés ont uniquement été pris en compte pour la discussion.

Cependant, Doyle avance ceci : « comme la méta-analyse, la méta-ethnographie utilise de multiples études empiriques mais, au contraire de la méta-analyse, l'échantillon est ciblé plutôt qu'exhaustif car le but du travail est une explication interprétative et non une prédiction » (70) (traduction libre).

- Les données, notamment les citations, étaient extraites à partir de l'interprétation des auteurs de l'étude source. Nous n'avions pas accès à l'intégralité du texte.
- Il était parfois difficile de distinguer les thèmes primaires des thèmes secondaires. En effet, considérant que les thèmes primaires correspondaient aux résultats de l'étude, et que les thèmes secondaires correspondaient aux données extraites de la discussion, lorsque la discussion reprenait les résultats de l'étude, la différence entre thèmes primaires et secondaires était difficile à saisir.
- Dans le paradigme interprétatif « la réalité est considérée comme multiple et construite, plutôt qu'unique et tangible » (Sandelowski, 1993, traduction libre). En conséquence, pour un travail qualitatif donné, deux chercheurs ne peuvent

pas produire les mêmes résultats : il y a des différences de style et de perspectives inévitables.

Cependant, bien qu'il puisse y avoir de multiples affirmations descriptives et explicatives non contradictoires au sujet d'un phénomène, ces interprétations doivent correspondre de manière pertinente au phénomène décrit. Les mots ont plus d'un sens quand ils sont utilisés en dehors du contexte initial, et les concepts et les idées sont inventés (plutôt que découverts), mais ces inventions prennent racine dans le monde réel (65). Nous nous sommes efforcés de reproduire le sens des données extraites des différentes études de la manière la plus fidèle possible.

#### **4. Perspectives**

Notre travail original renforce l'idée que la profession de médecin en soins premiers est particulière dans la façon d'appréhender l'incertitude, car le MG connaît son patient et le contexte de ce dernier, et qu'il peut utiliser le temps comme allié.

Il est donc important de repenser certaines approches et d'améliorer les compétences. L'incertitude est une considération majeure en MG et une dimension essentielle des compétences à acquérir du MG (142).

La WONCA et le CNGE ont défini les compétences fondamentales de la MG, afin de permettre l'élaboration de programmes de formation, de recherche et d'assurance de qualité, en vue de former des professionnels capables de réagir au niveau requis dans toutes situations, de répondre aux besoins de santé des populations, et de certifier des bonnes pratiques des MG (170,171).

La WONCA définit 6 catégories de compétences fondamentales indépendantes :

- Les soins de première ligne,
- Les soins centrés sur la personne,
- Le processus décisionnel pour résoudre des problèmes,
- L'approche globale,
- L'orientation communautaire,
- L'adoption d'un modèle holistique.

Au sein de ces catégories, on retrouve des compétences qui font écho aux résultats de notre étude :

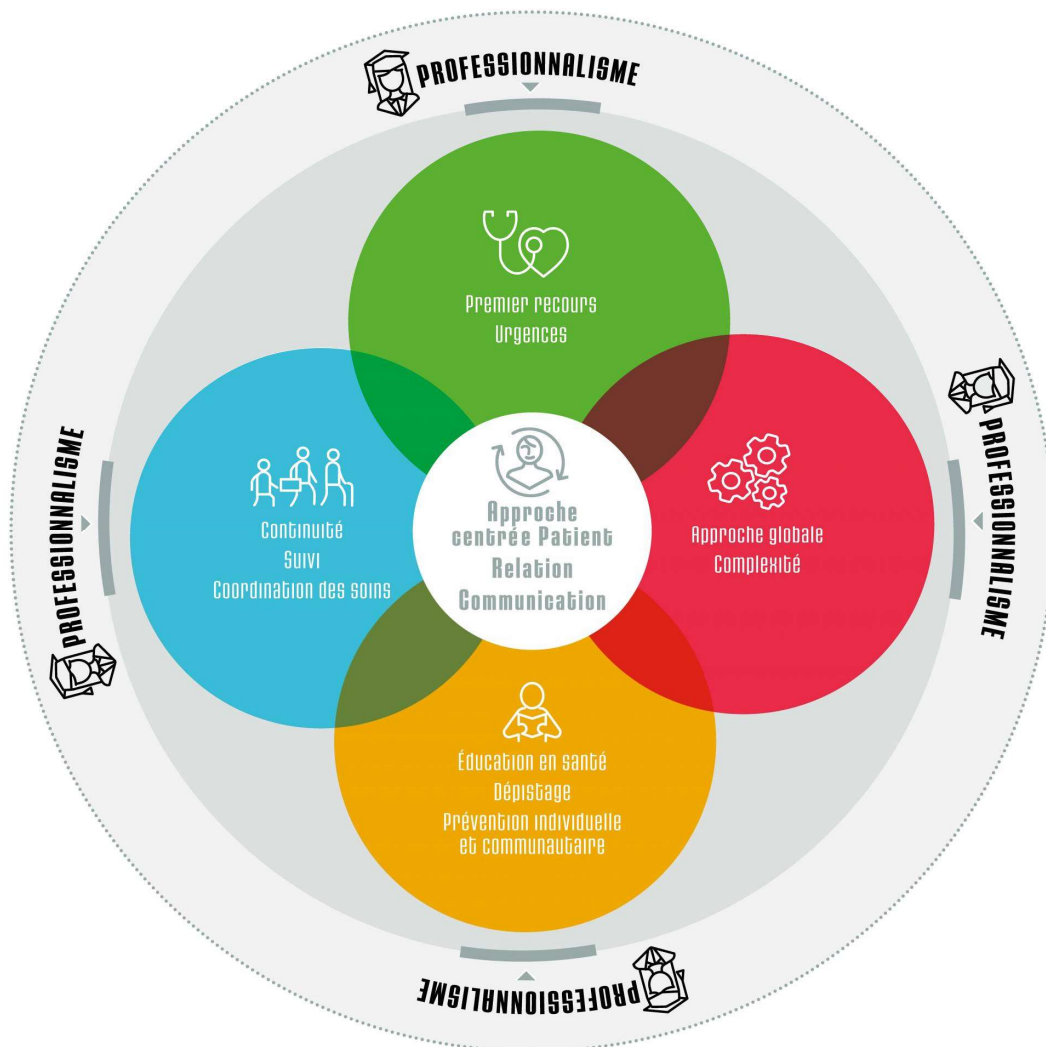
- Savoir « gérer le premier contact avec les patients, la prise en charge de problèmes non sélectionnés »,
- Savoir « coordonner les soins avec d'autres professionnels des soins primaires ou d'autres spécialistes »,
- Savoir « maîtriser l'aspect efficace et approprié de la prestation des soins et de l'utilisation des services de santé »,
- Savoir « adopter une approche centrée sur la personne lors de la prise en charge des patients et de leurs problèmes en tenant compte du contexte personnel du patient »,
- Savoir « utiliser la consultation pour obtenir une bonne relation médecin-patient tout en respectant l'autonomie du patient »,
- Savoir « communiquer, définir des priorités et travailler en partenariat »,
- Savoir « associer les processus décisionnels spécifiques à l'incidence et la prévalence des maladies en soins primaires »,
- Savoir « recueillir sélectivement et interpréter les informations acquises par l'anamnèse, l'examen physique et les investigations et les impliquer dans les stratégies élaborées avec le patient »,
- Savoir « adopter des principes de travail appropriés, comme par exemple une approche par étapes, qui utilise le temps comme outil et qui tolère l'incertitude »,
- Savoir « faire un usage efficace et efficient des interventions diagnostiques et thérapeutiques »,
- Savoir « gérer simultanément des plaintes et des pathologies multiples des problèmes de santé aigus et chroniques chez un patient donné »,
- Savoir « réconcilier les besoins en soins médicaux des patients individuels et avec les besoins en soins médicaux de la communauté dans laquelle ils vivent et cela en équilibre avec les ressources disponibles »,
- Savoir « utiliser un modèle biopsychosocial qui prenne en considération les dimensions culturelles et existentielles » (170).



Le CNGE définit 6 groupes de compétences :

- Premier recours, Incertitude, Soins non programmés et urgence,
- Relation, Communication, Approche centrée patient,
- Continuité, Suivi, Coordination des soins autour du patient,
- Vision Globale, Complexité,
- Éducation en santé, Dépistage prévention, Santé individuelle et communautaire,
- Professionnalisme.

Ces groupes de compétences sont schématisés sous la forme d'une marguerite qui représente le référentiel métier des MG :



Au sein de ces groupes, on retrouve les compétences suivantes :

- Résoudre un problème de santé non différencié en contexte de soins primaires,
- Prendre une décision adaptée en contexte d'urgence et/ou en situation d'incertitude,
- Communiquer de façon appropriée avec le patient et son entourage,
- Prendre en charge le patient dans sa globalité,
- Assurer le suivi et la continuité des soins,
- Entreprendre des actions de santé communautaire,
- Travailler en équipe et/ou en réseau,
- Appliquer les dispositions réglementaires dans le respect des valeurs éthiques (171).

Au sein de ces catégories, qu'elles soient énoncées par le CNGE ou la WONCA, l'ACP ou les soins centrés sur la personne tiennent une place de choix. Comme nous l'avions présenté en introduction, l'ACP intègre à la fois les perspectives du médecin et celles du patient (27). Elle requiert des compétences qui lui sont propres et elle doit être intégrée dans la pratique.

Les compétences à l'ACP (approche centrée sur la personne) sont transversales et essentielles (d'après l'équipe pédagogique du DUMG de Montpellier-Nîmes) :

#### Compétence relationnelle :

Développer une relation professionnelle centrée sur la personne dans toutes ses dimensions permettant de mieux la comprendre et de l'accompagner quelles que soient les situations cliniques.

Nous avons montré dans notre étude la prise en compte par les MG de toutes ces dimensions : l'environnement familial, social, professionnel du patient, son vécu, ses habitudes et ses attentes.

#### Compétence à la démarche éducative :

Adopter une démarche éducative centrée sur l'exploration de l'expérience vécue du patient quelle que soit sa situation, pour faciliter le développement de compétences qui conduisent au changement et à l'autonomie.

Les MG de notre étude avaient à cœur de responsabiliser le patient, quand c'était possible, afin qu'il participe à la prise de décision. Les MG développent

l'entretien motivationnel et l'éducation thérapeutique afin de donner les moyens nécessaires au patient pour qu'il puisse devenir acteur de sa prise en charge.

#### Compétence à la réflexivité :

Développer une pensée critique pour améliorer ses compétences professionnelles. S'interroger sur ses forces et ses faiblesses, ses savoirs, ses croyances, ses convictions, ses actes, ses émotions en prenant le recul nécessaire.

Ici la notion de valeur prend tout son sens : savoir identifier ses propres valeurs permet au MG d'avoir un regard critique sur ses actions et d'analyser les décisions qu'il prend pour son patient, de les critiquer et de les ré-ajuster si nécessaire. Avec l'expérience, le MG prend conscience de son fonctionnement et apprend à faire preuve d'humilité.

#### Compétence en éthique du soin :

Intégrer la dimension éthique dans sa pratique professionnelle, dans le respect et la dignité de la personne malade, de la compétence des équipes de soin, tout en respectant les valeurs professionnelles, déontologiques et morales.

Enfin, cette dimension est abordée dans notre étude par le besoin qu'a le MG de partager son incertitude avec le patient afin de le faire participer aux prises de décisions le concernant, dans le souci de s'assurer de son adhésion aux choix faits avec et pour lui. Néanmoins les préférences du patient ont une importance limitée si le MG perçoit un danger imminent pour le patient (140).

Dans le cadre de l'ACP, les MG doivent pouvoir proposer une décision médicale partagée à leurs patients. Une démarche permettant d'amener le patient à participer aux choix qui le concernent avait été proposée par Elwyn et al. :

- Impliquer le patient de façon implicite ou explicite dans le processus de prise de décision,
- Explorer ses idées, ses peurs et ses attentes vis-à-vis de la pathologie et des traitements possibles,
- Interpréter de la balance bénéfique/risque et les options disponibles,
- Identifier le mode de réception préféré des informations par le patient et lui fournir une information sur mesure,

- Vérifier le processus : compréhension de l'information et réactions (i.e. idées, peurs, et attentes des options possibles)
- S'assurer de l'adhérence du patient au processus et explorer ses préférences vis-à-vis de la prise de décision,
- Elaborer, discuter ou différer les décisions,
- Etablir un suivi (172).

L'interaction soignant-soigné va au-delà de la relation médecin-patient et se base sur la théorie de l'attachement développée à partir de 1958 par John Bowlby. L'attachement se réfère au lien émotionnel spécifique que le nouveau-né développe envers la personne qui prend soin de lui, ou figure d'attachement (173). Le but de l'attachement est que l'enfant se sente en sécurité, protégé et confiant, et l'attachement est un processus réciproque, nécessitant des interactions entre l'enfant et la figure d'attachement (174).

Trois formes d'attachement ont d'abord été identifiées par Ainsworth et al. en 1978 (175) :

- La forme sécure (la personne qui prend soin de l'enfant répond à ses besoins),
- La forme anxieux-évitant (l'enfant nie ses propres besoins et se concentre sur l'environnement lorsque sa figure d'attachement quitte la pièce),
- La forme anxieux-ambivalent (l'enfant montre une grande détresse lorsque la personne qui prend soin de lui quitte une pièce, mais également quand elle y revient).

Une quatrième forme d'attachement a été ajoutée en 1988 par Main & Salomon (175) :

- La forme désorganisé-désorienté (l'enfant ne semble pas pouvoir adapter une stratégie d'attachement cohérente, la figure d'attachement représente à la fois une forme de sécurité et une source de danger).

A ces formes d'attachement correspondent des styles d'attachement :

- Le style « sécure » : la personne est capable de spéculer au sujet du ressenti, des pensées et des intentions d'autrui tout en reconnaissant les limites de cette spéculation. Elle présente des compétences sociales d'adaptation, des valeurs et des attitudes qui permettent des relations sociales réciproques et confortables. Elle présente une résilience au stress.

- Le style détaché : les relations privilégiées sont sous-évaluées et la personne craint la dépendance aux autres. La relation n'est pas réciproque car la personne est méfiante, ou dévalorise l'autre, et ne recherche pas de soutien social en cas de stress.
- Le style préoccupé : la personne est préoccupée par le fait d'établir et maintenir une relation privilégiée avec l'autre à tout prix. Elle craint l'abandon, le rejet et la séparation. La relation n'est pas réciproque car le besoin de soutien de la personne est supérieur à celui qu'elle peut offrir.
- Le style craintif : la personne présente un manque d'assurance et une inhibition sociale. La relation n'est pas réciproque car la personne fait preuve de méfiance et manque de confiance en elle (176).

La façon de fonctionner dans les relations de l'individu à l'âge adulte est directement liée au style d'attachement qu'il a développé enfant, et les profils d'attachements permettent de comprendre les réponses chez l'adulte.

Ainsi, Guillemeney et al. ont montré que l'approche centrée patient pouvait être améliorée, voire dépassée, par une approche « liée-patient » qui prend en compte à la fois le système d'attachement du patient, mais également, et surtout, celui du MG, dont la fonction réflexive peut être vue comme un moteur de la relation de soin (177).

Par ailleurs, la particularité de la médecine générale par rapport aux autres spécialités est qu'elle met la relation médecin-patient en avant : le MG connaît son patient, et le patient connaît bien son MG, bien avant qu'une éventuelle maladie se déclare. C'est pourquoi les MG ont tendance à raisonner en termes de patients dans leur globalité plutôt qu'en termes de maladie. Cette relation devrait donc être valorisée au cours de l'enseignement de la spécialité et le seul moyen pour le MG d'appréhender les émotions d'un patient est de bien connaître ses propres émotions (178).

Il semble donc important que les MG puissent développer leur propre réflexivité en travaillant sur leurs émotions et leur mode de fonctionnement autour de la décision.

Il faudrait optimiser les systèmes existants permettant aux MG d'avoir un retour sur leur prise en charge, comme la supervision par des groupes de pairs ou les accès aux avis spécialisés (97,102,104,111,116,118,131).

La mise en place d'une formation autour de la résilience, afin de développer une meilleure résistance au stress professionnel, a été étudiée en Angleterre. Néanmoins, si les MG étaient intéressés par ce type de projet, ceux les plus à même d'en tirer profit étaient également ceux pour lesquels le temps à y consacrer constituait un problème majeur (179).

Il semble également important de mettre en place des temps de travail sur la gestion d'une erreur médicale, afin d'identifier les situations évitables, pouvoir en parler, les signaler, mettre en évidence les défaillances ayant conduit à ces situations, et trouver des pistes d'amélioration (180).

Dans l'une des études incluses dans notre analyse, les auteurs suggéraient de mettre en place un accès au dossier du patient établi par son MG et à celui établi par les urgences depuis les maisons de santé pour améliorer la prise en charge (111). Par extension, créer un dossier médical partagé accessible par toutes les structures semblerait idéal.

Comme nous l'avons évoqué en première partie de cette discussion, il est important pour les MG de développer le travail en équipe, y compris avec les professionnels paramédicaux (infirmière, pharmacien pour aider à réévaluer les traitements) pour obtenir des décisions collégiales, qui apparaissent plus sécurisantes et permettent de mieux tolérer l'incertitude (95,106,107,113,116,118).

Dans cet objectif, les MG souhaiteraient pouvoir disposer d'outils d'aide au diagnostic et à la prescription, et d'outils d'évaluation des risques adaptés aux conditions des consultations de médecine générale, qui s'adaptent aux caractéristiques du patient, toujours dans une approche centrée patient (105–107,110,115,121,131).

En 2017, le CNGE a publié son projet « reconstruire l'*Evidence Based* » (REB) afin d'évaluer l'efficacité clinique mais aussi les risques des médicaments à partir d'une méthode structurée, reproductible et transparente. Il souhaitait également mettre en place des fiches d'aides à la décision thérapeutique (181).

Il apparaît également nécessaire de soutenir les MG dans certaines situations particulières générant de l'incertitude, comme la prise en charge des patients âgés : il faudrait pouvoir développer des structures de soins alternatives à l'admission à

l'hôpital (pas toujours idéale pour les patients âgés), si possible aménageables à domicile, faciles d'accès et rapides à mettre en place, qui puissent absorber les demandes croissantes de prise en charge urgente, de façon à ce que les MG puissent compter sur ces structures et se décharger de la responsabilité du patient pendant la durée de l'épisode aigu (182). Améliorer les services existants, comme les hospitalisations à domicile, en accroissant leurs capacités de prise en charge, pourrait être une solution.

L'une des études sélectionnées proposait que les MG qui tolèrent mal l'incertitude et les symptômes médicalement inexplicables puissent se spécialiser dans un domaine spécifique afin d'orienter leur pratique vers des motifs de consultations plus maîtrisés. Par ailleurs, des créneaux de consultation prévus spécifiquement dans l'emploi du temps permettraient de réévaluer les patients qui sont source d'incertitude pour le MG (95).

Notre travail appuie la nécessité de développer les compétences des futurs médecins à appréhender et inclure l'incertitude dans leurs prises de décision. Il faut aider les médecins à séparer le sentiment d'incertitude du sentiment d'incompétence (139).

Kinsella a avancé que le raisonnement clinique tel qu'il est enseigné au cours des études médicales pourrait paradoxalement limiter le développement de capacités de raisonnement réflexif, pourtant nécessaires dans la prise de décision en situation d'incertitude. Il faudrait pouvoir développer des approches réflexives « *telles qu'être dans le moment présent, accepter la surprise, expérimenter par essais et erreurs, intégrer les connaissances des cas passés, se mettre à la place des autres, sortir des sentiers battus, discerner les questions éthiques et consulter les collègues* » (183). La réflexivité s'exerce encore trop souvent uniquement *a posteriori*, il faudrait pouvoir favoriser une réflexivité pendant l'action, en enseignant ce type de comportement dès le début du cursus (143).

Il faut former les enseignants à l'apprentissage de l'incertitude, afin qu'ils n'exigent plus des étudiants qu'ils fournissent une réponse unique à une question donnée, et que les étudiants puissent envisager plusieurs hypothèses et les confronter à la situation clinique qu'ils rencontrent (143,184). Il faut encourager les étudiants à ne pas se sentir démunis par l'incertitude, en leur permettant d'exprimer ce qu'ils savent et

dont ils sont certains, mais aussi, lorsque la situation n'est pas claire, ce qu'ils ont la certitude de ce que le diagnostic n'est pas (47). Il serait également intéressant de revoir les modalités d'évaluation des étudiants, en mettant au point une façon d'apprécier la dimension d'incertitude dans les réponses (184). Des ateliers sont régulièrement proposés aux enseignants MG, afin de leur permettre d'améliorer leurs méthodes d'apprentissage, comme cela a été par exemple le cas lors du Congrès international francophone de pédagogie en sciences de la santé en octobre 2017 à Marseille :

- Savoir développer le professionnalisme des professionnels de santé à l'aide des formations par concordance de jugement,
- Aider les jeunes professionnels à raisonner,
- Aider les étudiants à développer leur intuition, etc. (185)

Au niveau de la formation initiale, en 3<sup>ème</sup> cycle, plusieurs enseignements sont prévus en phase socle et en phase d'approfondissement : des travaux d'écriture clinique, des Groupes d'Échanges de Pratique (GEP), des méthodes dérivant des Apprentissages par Résolution de Problèmes (ARP), des groupes de formation à la relation thérapeutique (dérivés des groupes Balint), des groupes de tutorat centrés sur les familles de situations spécifiques de la MG et des ateliers de gestes pratiques.

Bien qu'une étude ait conclu que les internes pouvaient adopter une position neutre vis-à-vis de l'incertitude, la considérant simplement comme une composante inéluctable de la médecine générale (186), les connaissances et les compétences nécessaires pour la prendre en charge peuvent et doivent être enseignées plus clairement pendant l'internat de médecine générale, et leur apprentissage doit être renforcé dans la formation professionnelle continue. Ceci nécessite que les pédagogues médicaux se concentrent sur le développement d'un bon sens pratique et apprennent les compétences de négociation en prenant, par exemple, appui sur le monde des diplomates et du commerce (187).

Les stages ambulatoires du DES de MG sont les moments clés pour aborder ces approches décisionnelles, en tenant compte toutefois des inégalités pédagogiques des lieux de stage et de la nécessité d'optimiser les compétences de ces enseignants.

Par ailleurs, il semble important d'aborder l'incertitude avec les étudiants en médecine dès le second cycle : en effet, des traits de caractère et de personnalité en rapport avec une mauvaise tolérance à l'incertitude conduiraient les étudiants à écarter la



médecine générale de leur choix de spécialité. Il faut pouvoir encourager les étudiants à être conscients de leurs propres émotions et à les exprimer (47). Ainsi, aborder l'incertitude est un moyen de familiariser les externes à la médecine générale, et leur permettre d'observer la démarche de réflexion du médecin généraliste en situation d'incertitude, lorsque les recommandations disponibles ne sont pas concordantes ou que le diagnostic n'est pas évident, leur permettraient de développer des compétences de communication de l'incertitude avec leurs pairs et leurs patients, mais aussi de mieux comprendre la médecine générale (188). La 3<sup>ème</sup> année de médecine serait le moment adéquat pour débiter de tels exercices d'observation et réflexion (189). La mise en situation lors de stage chez les praticiens médecins généralistes en 2<sup>ème</sup> cycle est un moyen d'aborder cette complexité décisionnelle.

Belhomme et al. ont proposé plusieurs pistes de réflexion afin d'intégrer l'incertitude aux enseignements, dans une démarche de professionnalisation. Leur première proposition consistait à essayer de changer les attentes des médecins et des patients en ce qui concernait la nécessité de poser un diagnostic précis : il serait plus opportun de parler en termes d'hypothèses (184).

Le raisonnement clinique et la notion d'incertitude doivent être mis en avant, afin de parvenir aux compétences suivantes :

- Apprendre à créer une relation avec les patients, apprendre à gérer l'incertitude et apprendre à éliminer les diagnostics de gravité (111).

Des enseignements sur la relation professionnelle médecin-patient sont proposés dans ce sens dans les DUMG.

À la faculté de Montpellier-Nîmes, un enseignement sur la gestion des situations complexes est proposé (demande abusive d'un patient, refus de soins, plainte répétée avec mise en échec, patient agressif). Un enseignement spécifique aborde le raisonnement clinique. Ce type d'enseignement peut permettre de diminuer le sentiment d'échec des étudiants, de souligner le fait qu'il n'y a pas toujours de réponse parfaite à un problème donné, et de déconstruire la vision souvent négative de l'incertitude chez les étudiants. Les mises en situation professionnelle permettent de créer une expérience et de faire en sorte que les étudiants s'habituent à l'incertitude. De plus les exercices de simulation aident à développer les compétences des étudiants ; il pourrait être intéressant de

travailler avec des scénarios de difficulté croissante, en intégrant une part d'incertitude (184).

- Développer des compétences en communication, discuter en groupe autour d'un cas, utiliser des jeux de rôles/vidéos, afin de montrer aux étudiants comment communiquer avec le patient autour de l'incertitude, et de montrer qu'elle peut être surmontée (139,142,184).
- Être formé à la décision médicale partagée et incité à réfléchir sur ses décisions (140).
- Apprendre à ralentir le raisonnement clinique lorsqu'il existe une incertitude sur le diagnostic ou la prise en charge, afin d'éviter une erreur liée à la volonté de se rassurer en attribuant trop vite une situation à quelque chose de connu (47).
- Apprendre à appréhender les symptômes médicalement inexpliqués dès l'externat, avant qu'un point de vue négatif ne s'installe (139).
- Apprendre à prendre conscience du *gut feeling* et à l'utiliser, par exemple dans les ateliers de formation à la relation ou en GPE (103).
- Être formé sur le contenu de l'EBM et acquérir les compétences pour l'appliquer correctement (140).

C'est uniquement en envisageant l'incertitude comme une composante prévisible et inévitable de la médecine générale que les MG seront capables de faire face aux défis cliniques et développeront les compétences nécessaires au diagnostic dans un contexte de soins primaires (43).

## V) CONCLUSION

Les décisions prises par les MG dans un contexte d'incertitude s'appuient avant tout sur la décision médicale partagée avec le patient et son entourage, mais aussi avec leurs pairs, dans le contexte de l'approche centrée sur le patient.

En effet, c'est le fait de partager la décision qui permet de partager l'incertitude et de mieux la tolérer.

Ce partage de l'incertitude avec le patient était rendu possible par une relation médecin-patient bien établie, basée sur une bonne connaissance du patient par le MG, et une confiance mutuelle.

La difficulté pour le MG était de prioriser les patients pour lesquels il souhaitait obtenir un avis auprès de ses pairs.

Notre travail a retrouvé une notion peu mentionnée dans des études précédentes : la notion de dignité professionnelle. Le MG fait son possible pour prendre les décisions qu'il estime les meilleures pour son patient, en accord avec sa conscience professionnelle. Il fait des compromis tant qu'ils lui semblent acceptables et qu'ils répondent à une pratique de la médecine qu'il estime satisfaisante, à défaut d'être excellente, en accord avec ses propres valeurs.

La confiance en soi a été avancée comme un moyen de mieux tolérer l'incertitude, bien que l'incertitude ne disparaisse pas avec l'expérience. La confiance en soi permettait aux MG de tenir compte de leur *gut feeling* dans leurs prises de décisions. Des enseignements visant à initier les internes au concept de prise de décision dans un contexte d'incertitude ont été développés dans plusieurs facultés de France, dont celle de Montpellier-Nîmes. Cette démarche permettra sans doute aux internes de se familiariser avec l'incertitude, de savoir l'identifier et la dompter dès les premiers stages en autonomie, afin d'acquérir plus rapidement plus de confiance en eux et ainsi utiliser leur *gut feeling* à bon escient. L'adoption d'un comportement réflexif par les MG envers leurs attitudes et prises de décisions est nécessaire pour améliorer la tolérance à l'incertitude, de même que le renforcement de leur épistémologie personnelle.

## **VI) BIBLIOGRAPHIE**

1. Bloy G. À quoi bon former des médecins généralistes ? Un modèle d'apprentissage et un modèle professionnel sous tensions. *Rev Francaise Aff Soc.* 3 juill 2014;(1):169-91.
2. Définition du terme « incertitude ». In: Larousse [Internet]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/incertitude/42222>
3. Fox RC. L'incertitude médicale. Ciaco-L'Harmattan. Louvain-la-Neuve; 202 p.
4. Beresford EB. Uncertainty and the Shaping of Medical Decisions. *Hastings Cent Rep.* juill 1991;21(4):6.
5. Han PKJ, Klein WMP, Arora NK. Varieties of Uncertainty in Health Care: A Conceptual Taxonomy. *Med Decis Making.* 1 nov 2011;31(6):828-38.
6. Bettés M. Étude de la tolérance à l'incertitude chez les internes en SASPAS de Midi-Pyrénées [Internet]. 2017. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1691/>
7. Green C, Holden J. Diagnostic uncertainty in general practice: A unique opportunity for research? *Eur J Gen Pract.* janv 2003;9(1):13-5.
8. Sandid K. Déterminants des réactions face à l'incertitude des internes de médecine générale en France l'étude DERFI-IMG. Paris VII; 2016.
9. Ghosh AK. Understanding medical uncertainty: a primer for physicians. *J Assoc Physicians India.* sept 2004;52:739-42.
10. Lorenzo M. Tolérance à l'incertitude en médecine générale une démarche de théorisation ancrée à partir de 14 entretiens. Strasbourg; 2013.
11. Alam R, Cheraghi-Sohi S, Panagioti M, Esmail A, Campbell S, Panagopoulou E. Managing diagnostic uncertainty in primary care: a systematic critical review. *BMC Fam Pract* [Internet]. déc 2017 [cité 6 mai 2019];18(1). Disponible sur: <http://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-017-0650-0>
12. Nendaz M, Charlin B, Leblanc V, Bordage G. Le raisonnement clinique: données issues de la recherche et implications pour l'enseignement. *Pédagogie Médicale.* nov 2005;6(4):235-54.
13. Nendaz MR, Perrier A. Théorème de Bayes et rapports de vraisemblance. *Rev Mal Respir.* avr 2004;21(2):394-7.
14. Goyder CR, Jones CH, Heneghan CJ, Thompson MJ. Missed opportunities for diagnosis: lessons learned from diagnostic errors in primary care. *Br J Gen Pract.* 1 déc 2015;65(641):e838-44.
15. Elstein, Schwarz. Clinical problem solving and diagnostic decision making: selective review of the cognitive literature. *BMJ.* 4 nov 2006;333(7575):944.4.
16. Stolper E, van Bokhoven M, Houben P, Van Royen P, van de Wiel M, van der Weijden T, et al. The diagnostic role of gut feelings in general practice A focus group study of the concept and its determinants. *BMC Fam Pract.* 18 févr 2009;10:17.
17. Stolper E, Van Royen P, Van de Wiel M, Van Bokhoven M, Houben P, Van der Weijden T, et al. Consensus on gut feelings in general practice. *BMC Fam Pract* [Internet]. déc 2009 [cité 5 déc 2018];10(1). Disponible sur: <http://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-10-66>
18. Coppens M, Barraine P, Barais M, Nabbe P, Berkhout C, Stolper E. L'intuition en médecine générale : validation française du consensus néerlandais « gut feelings ». 2010;22:5.
19. Stolper E, Van de Wiel M, Van Royen P, Van Bokhoven M, Van der Weijden T, Dinant GJ. Gut Feelings as a Third Track in General Practitioners' Diagnostic Reasoning. *J Gen Intern Med.* févr 2011;26(2):197-203.
20. Summerton DN, Building H, Road C, Hu H, Summerton N. Making a diagnosis in primary care : symptoms and context. :2.
21. Bloy G. L'incertitude en médecine générale : sources, formes et accommodements possibles. :26.
22. Alzate R, Arocena F, Valencia Gárate J. Decision-making patterns, conflict styles, and self-esteem. *Psicothema.* 31 déc 2004;16.
23. Gok K, Atsan N, Akdogan AA, Demirtas O. Selecting the optimal strategy model to minimize decision failures under stress. *J Glob Strateg Manag.* 15 juin 2015;1(9):41-41.
24. Di Caccavo A, Reid F. Decisional conflict in general practice: Strategies of patient management. *Soc Sci Med.* août 1995;41(3):347-53.
25. O'Riordan M, Dahinden A, Aktürk Z, Ortiz JMB, Dağdeviren N, Elwyn G, et al. Dealing with uncertainty in general practice: an essential skill for the general practitioner. *Qual Prim Care.* 2011;19(3):175-81.
26. Stewart M, Belle-Brown J, Weston W, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman T. Patient-

centered medicine : transforming the clinical method. Third edition. Radcliff publishing London-New York. CRC Press; 2013.

27. Perdrix C, Pigache C, Dupraz C, Farge T, Maynie-François C, Supper I, et al. Approche centrée patient et marguerite des compétences : une interaction à mettre en place et à évaluer. *Exerc- Rev Francoph Med Gen.* 2016;27(125):132-7.
28. Gerrity MS, DeVellis RF, Light DW. Uncertainty and Professional Work: Perceptions of Physicians in Clinical Practice. *Am J Sociol.* janv 1992;97(4):1022-51.
29. Gerrity MS, White KP, DeVellis RF, Dittus RS. Physicians' Reactions to Uncertainty: Refining the constructs and scales. *Motiv Emot.* sept 1995;19(3):175-91.
30. Griffiths F, Green E, Tsouroufli M. The nature of medical evidence and its inherent uncertainty for the clinical consultation: qualitative study. *BMJ.* 5 mars 2005;330(7490):511.
31. Tanenbaum SJ. Commentary: Uncertainty, consultation, and the context of medical care. :1.
32. Howman M, Walters K, Rosenthal J, Ajjawi R, Buszewicz M. "You kind of want to fix it don't you?" Exploring general practice trainees' experiences of managing patients with medically unexplained symptoms. *BMC Med Educ [Internet].* déc 2016 [cité 6 mai 2019];16(1). Disponible sur: <http://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-015-0523-y>
33. Budner S. Intolerance of ambiguity as a personality variable. *J Pers.* mars 1962;30(1):29-50.
34. Bovier PA, Perneger TV. Stress from uncertainty from graduation to retirement - A population-based study of Swiss physicians. *J Gen Intern Med.* mai 2007;22(5):632-8.
35. Nevalainen M, Kuikka L, Pitkälä K. Medical errors and uncertainty in primary healthcare: A comparative study of coping strategies among young and experienced GPs. *Scand J Prim Health Care.* juin 2014;32(2):84-9.
36. Farnan JM, Johnson JK, Meltzer DO, Humphrey HJ, Arora VM. Resident uncertainty in clinical decision making and impact on patient care: a qualitative study. *Qual Saf Health Care.* 1 avr 2008;17(2):122-6.
37. Magin PJ, Tapley A, Morgan S, Henderson K, Holliday EG, Davey AR, et al. Changes in pathology test ordering by early career general practitioners: a longitudinal study. *Med J Aust.* juill 2017;207(2):70-4.
38. van der Weijden T, van Bokhoven MA, Dinant G-J, van Hasselt CM, Grol RPTM. Understanding laboratory testing in diagnostic uncertainty: a qualitative study in general practice. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* déc 2002;52(485):974-80.
39. van der Weijden T, van Velsen M, Dinant G-J, van Hasselt CM, Grol R. Unexplained Complaints in General Practice: Prevalence, Patients' Expectations, and Professionals' Test-Ordering Behavior. *Med Decis Making.* mai 2003;23(3):226-31.
40. Simpkin AL, Schwartzstein RM. Tolerating Uncertainty — The Next Medical Revolution? *N Engl J Med.* 3 nov 2016;375(18):1713-5.
41. Winkens R, Dinant G-J. Evidence base of diagnostic research. 2002;324:3.
42. Ingram JC, Calnan MW, Greenwood RJ, Kemple T, Payne S, Rosedale M. Risk taking in general practice: GP out-of-hours referrals to hospital. *Br J Gen Pract.* 1 janv 2009;59(558):e16-24.
43. Malterud K, Guassora AD, Reventlow S, Jutel A. Embracing uncertainty to advance diagnosis in general practice. *Br J Gen Pract.* juin 2017;67(659):244-5.
44. Eddy DM. Variations in Physician Practice: The Role of Uncertainty. *Health Aff (Millwood).* 1 janv 1984;3(2):74-89.
45. Dupont A-L, Chicoulaa B. L'incertitude en médecine générale : quelles particularités ? *juin 2017;(13):9-11.*
46. Attali C, Bail P, Magnier AM, Beis J-N. Compétences pour le DES de médecine générale. *Exercer.* févr 2006;(76):32.
47. Guenter D, Fowler N, Lee L. L'incertitude clinique. Aider nos étudiants. *Can Fam Physician.* janv 2011;57.
48. Stewart M, Ryan B, Bodea C. Is Patient-Centred Care Associated with Lower Diagnostic Costs? *Healthc Policy Polit Santé.* 5 mai 2011;6(4):27-31.
49. Bergeaut M. Evolution du ressenti face à l'incertitude au cours d'un semestre ambulatoire chez les internes de médecine générale du DES de Toulouse. 2019.
50. Médecine fondée sur des preuves [Internet]. *Cochrane Canada francophone.* [cité 16 févr 2020]. Disponible sur: <https://ccf.cochrane.org/médecine-fondée-sur-des-preuves>
51. Sackett D, Rosenberg W, Muir Gray JA, Brian Haynes R, Scott Richardson W. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ.* 13 janv 1996;312:2.
52. Rosenheim M. La médecine fondée sur des preuves : principes. *EMC - Médecine.* déc 2004;1(6):487-93.
53. Guyatt G, Cairns J, Churchill D, Cook D, Haynes B, Hirsh J, et al. Evidence-Based Medicine: A

- New Approach to Teaching the Practice of Medicine. *JAMA*. 4 nov 1992;268(17):2420-5.
54. Masic I, Miokovic M, Muhamedagic B. Evidence Based Medicine – New Approaches and Challenges. *Acta Inform Medica*. 2008;16(4):219-25.
  55. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *The Lancet*. oct 2003;362(9391):1225-30.
  56. Doubovetzky JV. Médecine fondée sur les niveaux de preuve : les ressources du praticien francophone. *Rev Med Ass Maladie*. 2001;32:151-3.
  57. Prescrire [Internet]. [cité 16 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.prescrire.org/fr/Summary.aspx>
  58. Portail HAS Professionnels [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 16 févr 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/fc\\_2873790/fr/professionnels](https://www.has-sante.fr/jcms/fc_2873790/fr/professionnels)
  59. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs | Accueil [Internet]. [cité 16 févr 2020]. Disponible sur: <https://canadiantaskforce.ca/?lang=fr>
  60. La Revue Médicale Suisse [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 16 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/Qui-sommes-nous>
  61. Chouilly J, Jouteau D, Ferru P, Griot E, Kandel O, Thomas Desessarts Y. Le dictionnaire des résultats de consultation. Sémiologie des situations cliniques en médecine générale. [Internet]. [cité 16 févr 2020]. Disponible sur: [http://www.sfm.org/data/generateur/generateur\\_categorie/240/fichier\\_abrege\\_version\\_2\\_de\\_2017dc8ad.pdf](http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_categorie/240/fichier_abrege_version_2_de_2017dc8ad.pdf)
  62. Atkins S, Lewin S, Smith H, Engel M, Fretheim A, Volmink J. Conducting a meta-ethnography of qualitative literature: Lessons learnt. *BMC Med Res Methodol* [Internet]. déc 2008 [cité 5 mai 2019];8(1). Disponible sur: <https://bmcmmedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2288-8-21>
  63. Noblit GW, Hare RD. Chapter 5: Meta-Ethnography: Synthesizing Qualitative Studies. *Counterpoints*. 1999;44:93-123.
  64. Britten N, Campbell R, Pope C, Donovan J, Morgan M, Pill R. Using meta ethnography to synthesise qualitative research: a worked example. *J Health Serv Res Policy*. oct 2002;7(4):209-15.
  65. Jensen L, Allen M. Meta-Synthesis of Qualitative Findings. In: *Qualitative Health Research*. Sage publication. 1996. p. 553-60. (Sage Social Science Collections; vol. 6).
  66. Tong A, Flemming K, McInnes E, Oliver S, Craig J. Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research: ENTREQ. *BMC Med Res Methodol* [Internet]. déc 2012 [cité 6 janv 2020];12(1). Disponible sur: <https://bmcmmedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2288-12-181>
  67. Gedda M. Traduction française des lignes directrices ENTREQ pour l'écriture et la lecture des synthèses de recherche qualitative. *Kinésithérapie Rev*. janv 2015;15(157):55-8.
  68. France EF, Ring N, Noyes J, Maxwell M, Jepson R, Duncan E, et al. Protocol-developing meta-ethnography reporting guidelines (eMERGe). *BMC Med Res Methodol* [Internet]. déc 2015 [cité 6 janv 2020];15(1). Disponible sur: <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/15/103>
  69. France EF, Cunningham M, Ring N, Uny I, Duncan EAS, Jepson RG, et al. Improving reporting of meta-ethnography: the eMERGe reporting guidance. *BMC Med Res Methodol* [Internet]. déc 2019 [cité 27 janv 2020];19(1). Disponible sur: <https://bmcmmedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12874-018-0600-0>
  70. Thomas J, Harden A. Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Med Res Methodol* [Internet]. déc 2008 [cité 6 janv 2020];8(1). Disponible sur: <https://bmcmmedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2288-8-45>
  71. Thorne S, Jensen L, Kearney MH, Noblit G, Sandelowski M. Qualitative Metasynthesis: Reflections on Methodological Orientation and Ideological Agenda. *Qual Health Res*. déc 2004;14(10):1342-65.
  72. Barnett-Page E, Thomas J. Methods for the synthesis of qualitative research: a critical review. *BMC Med Res Methodol* [Internet]. déc 2009 [cité 6 janv 2020];9(1). Disponible sur: <https://bmcmmedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2288-9-59>
  73. Gedda M. Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses. *Kinésithérapie Rev*. janv 2015;15(157):39-44.
  74. Britten N. Qualitative Research: Qualitative interviews in medical research. *BMJ*. 22 juill 1995;311(6999):251-3.
  75. McKelvie S, Moore A, Croxson C, Lasserson DS, Hayward GN. Challenges and strategies for general practitioners diagnosing serious infections in older adults: a UK qualitative interview study. *Bmc Fam Pract*. 26 avr 2019;20:56.
  76. Moore A, Croxson C, McKelvie S, Lasserson D, Hayward G. General practitioners' attitudes and

- decision making regarding admission for older adults with infection: a UK qualitative interview study. *Fam Pract*. août 2019;36(4):493-500.
77. Oslislo S, Heintze C, Schmiedhofer M, Moeckel M, Schenk L, Holzinger F. How to decide adequately? Qualitative study of GPs' view on decision-making in self-referred and physician-referred emergency department consultations in Berlin, Germany. *Bmj Open*. juin 2019;9(4):e026786.
  78. Tzartzas K, Oberhauser P-N, Marion-Veyron R, Bourquin C, Senn N, Stiefel F. General practitioners referring patients to specialists in tertiary healthcare: a qualitative study. *Bmc Fam Pract*. 1 déc 2019;20(1):165.
  79. Murphy, Dingwall, Greatbatch, Parker, Watson. Qualitative research methods in health technology assessment: a review of the literature. *Health Technol Assess*. 1998;2(16):194.
  80. Spencer L, Ritchie J, Lewis J, Dillon L. Quality in Qualitative Evaluation: A framework for assessing research evidence. :20.
  81. Brown C, Lloyd K. Qualitative methods in psychiatric research. *Adv Psychiatr Treat*. sept 2001;7(5):350-6.
  82. Seale C. Quality in Qualitative Research. *Qual Inq*. déc 1999;5(4):465-78.
  83. Programme de lecture critique d'article - CASP (Critical appraisal skills programme) Oxford [Internet]. Disponible sur: <http://www.lca-ecm.info/images/LCA/CASP/Etude%20qualitative.pdf>
  84. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations. *Acta Endosc*. janv 2000;28(2):151-5.
  85. Wright RW, Brand RA, Dunn W, Spindler KP. How to Write a Systematic Review: *Clin Orthop*. févr 2007;455:23-9.
  86. Campbell R, Pound P, Morgan M, Daker-White G, Britten N, Pill R, et al. Evaluating meta-ethnography: systematic analysis and synthesis of qualitative research. *Health Technol Assess* [Internet]. déc 2011 [cité 6 janv 2020];15(43). Disponible sur: <https://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/hta/hta15430/>
  87. Noblit GW, Hare RD. Part II: constructing meta-ethnography. In: *Meta-Ethnography: Synthesizing Qualitative Studies* [Internet]. 1999. p. 38. Disponible sur: <http://www.jstor.org/stable/42975557>
  88. Pound P, Britten N, Morgan M, Yardley L, Pope C, Daker-White G, et al. Resisting medicines: a synthesis of qualitative studies of medicine taking. *Soc Sci Med*. juill 2005;61(1):133-55.
  89. Fisher M, Qureshi H, Hardyman W, Homewood J. Using qualitative research in systematic reviews: Older people's views of hospital discharge. :78.
  90. Bertheloot K, Deraeve P, Vermandere M, Aertgeerts B, Lemiengre M, De Sutter A, et al. How do general practitioners use « safety netting » in acutely ill children? *Eur J Gen Pract*. 2016;22(1):3-8.
  91. Bösner S, Hartel S, Diederich J, Baum E. Diagnosing headache in primary care: a qualitative study of GPs' approaches. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. sept 2014;64(626):e532-537.
  92. Bruyninckx R, Van den Bruel A, Hannes K, Buntinx F, Aertgeerts B. GPs' reasons for referral of patients with chest pain: a qualitative study. *BMC Fam Pract*. 31 juill 2009;10:55.
  93. Dallas A, van Driel M, van de Mortel T, Magin P. Antibiotic prescribing for the future: exploring the attitudes of trainees in general practice. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. sept 2014;64(626):e561-567.
  94. de Bont EGPM, Peetoom KKB, Moser A, Francis NA, Dinant G-J, Cals JWJ. Childhood fever: a qualitative study on GPs' experiences during out-of-hours care. *Fam Pract*. août 2015;32(4):449-55.
  95. Geneau R, Lehoux P, Pineault R, Lamarche P. Understanding the work of general practitioners: a social science perspective on the context of medical decision making in primary care. *BMC Fam Pract*. 19 févr 2008;9:12.
  96. Kim KK, Yeong L-L, Caterson ID, Harris MF. Analysis of factors influencing general practitioners' decision to refer obese patients in Australia: a qualitative study. *BMC Fam Pract*. 8 avr 2015;16:45.
  97. McDermott C, Coppin R, Little P, Leydon G. Hospital admissions from nursing homes: a qualitative study of GP decision making. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. août 2012;62(601):e538-545.
  98. Mears R, Sweeney K. A preliminary study of the decision-making process within general practice. *Fam Pract*. oct 2000;17(5):428-9.
  99. Mercier A, Auger-Aubin I, Lebeau J-P, Van Royen P, Peremans L. Understanding the prescription of antidepressants: a Qualitative study among French GPs. *BMC Fam Pract*. 24 sept 2011;12:99.
  100. Michiels-Corsten M, Bösner S, Donner-Banzhoff N. Individual utilisation thresholds and exploring how GPs' knowledge of their patients affects diagnosis: a qualitative study in primary care. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. mai 2017;67(658):e361-9.
  101. Nixon M, Kousgaard MB. Organising medication discontinuation: a qualitative study exploring

- the views of general practitioners toward discontinuing statins. *BMC Health Serv Res.* 07 2016;16:226.
102. O'Brien D, Harvey K, Young B, Reardon T, Creswell C. GPs' experiences of children with anxiety disorders in primary care: a qualitative study. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* déc 2017;67(665):e888-98.
  103. Oliva B, March S, Gadea C, Stolper E, Esteva M. Gut feelings in the diagnostic process of Spanish GPs: a focus group study. *BMJ Open.* 09 2016;6(12):e012847.
  104. Roberts J, Crosland A, Fulton J. GPs' responses to adolescents presenting with psychological difficulties: a conceptual model of fixers, future planners, and collaborators. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* mai 2014;64(622):e254-261.
  105. RübSam M-L, Esch M, Baum E, Bösner S. Diagnosing skin disease in primary care: a qualitative study of GPs' approaches. *Fam Pract.* oct 2015;32(5):591-5.
  106. Sinnige J, Korevaar JC, van Lieshout J, Westert GP, Schellevis FG, Braspenning JC. Medication management strategy for older people with polypharmacy in general practice: a qualitative study on prescribing behaviour in primary care. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* août 2016;66(649):e540-551.
  107. Sinnott C, Hugh SM, Boyce MB, Bradley CP. What to give the patient who has everything? A qualitative study of prescribing for multimorbidity in primary care. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* mars 2015;65(632):e184-191.
  108. van der Weijden T, van Bokhoven MA, Dinant G-J, van Hasselt CM, Grol RPTM. Understanding laboratory testing in diagnostic uncertainty: a qualitative study in general practice. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* déc 2002;52(485):974-80.
  109. van Peet PG, Drewes YM, Gussekloo J, de Ruijter W. GPs' perspectives on secondary cardiovascular prevention in older age: a focus group study in the Netherlands. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* nov 2015;65(640):e739-747.
  110. Ashdown HF, Raeisaenen U, Wang K, Ziebland S, Harnden A. Prescribing antibiotics to "at-risk" children with influenza-like illness in primary care: qualitative study. *Bmj Open.* 2016;6(6):e011497.
  111. Balla J, Heneghan C, Thompson M, Balla M. Clinical decision making in a high-risk primary care environment: a qualitative study in the UK. *Bmj Open.* 2012;2(1):e000414.
  112. Barais M, Morio N, Breton AC, Barraine P, Calvez A, Stolper E, et al. « I Can't Find Anything Wrong: It Must Be a Pulmonary Embolism »: Diagnosing Suspected Pulmonary Embolism in Primary Care, a Qualitative Study. *Plos One.* 19 mai 2014;9(5):e98112.
  113. Bell HT, Steinsbekk A, Granas AG. Factors influencing prescribing of fall-risk-increasing drugs to the elderly: A qualitative study. *Scand J Prim Health Care.* 2015;33(2):107-14.
  114. Berney L, Kelly M, Doyal L, Feder G, Griffiths C, Jones IR. Ethical principles and the rationing of health care: a qualitative study in general practice. *Br J Gen Pract.* août 2005;55(517):620-5.
  115. Bose P, Tarrant C, Mistri AK, Wilson A. Managing uncertainty: a qualitative study of GPs' views on the diagnosis and immediate management of transient ischaemic attack and the potential of a diagnostic tool. *Fam Pract.* 12 déc 2018;35(6):738-43.
  116. Brennan CA, Somerset M, Granier SK, Fahey TP, Heyderman RS. Management of diagnostic uncertainty in children with possible meningitis: a qualitative study. *Br J Gen Pract.* août 2003;53(493):626-31.
  117. Brookes-Howell L, Hood K, Cooper L, Coenen S, Little P, Verheij T, et al. Clinical influences on antibiotic prescribing decisions for lower respiratory tract infection: a nine country qualitative study of variation in care. *Bmj Open.* 2012;2(3):e000795.
  118. Calnan M, Payne S, Kemple T, Rossdale M, Ingram J. A qualitative study exploring variations in GPs' out-of-hours referrals to hospital. *Br J Gen Pract.* sept 2007;57(542):706-13.
  119. Cohen DA, Aylward M, Rollnick S. Inside the fitness for work consultation: a qualitative study. *Occup Med-Oxf.* août 2009;59(5):347-52.
  120. Espeland A, Baerheim A. Factors affecting general practitioners' decisions about plain radiography for back pain: implications for classification of guideline barriers – a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* déc 2003;3(1):8.
  121. Evans J, Ziebland S, MacArtney J, Bankhead CR, Rose PW, Nicholson BD. GPs' understanding and practice of safety netting for potential cancer presentations: a qualitative study in primary care. *Br J Gen Pract.* juill 2018;68(672):E505-11.
  122. Fuat A. Barriers to accurate diagnosis and effective management of heart failure in primary care: qualitative study. *BMJ.* 25 janv 2003;326(7382):196-196.
  123. Hogberg C, Samuelsson E, Lilja M, Fharm E. Could it be colorectal cancer? General practitioners' use of the faecal occult blood test and decision making - a qualitative study. *Bmc Fam Pract.* 26 oct 2015;16:153.
  124. Howes F, Hansen E, Williams D, Nelson M. Barriers to diagnosing and managing hypertension



- A qualitative study in Australian general practice. *Aust Fam Physician*. juill 2010;39(7):511-6.
125. Hoyer S, Frich JC, Lindbaek M. Delayed prescribing for upper respiratory tract infections: a qualitative study of GPs' views and experiences. *Br J Gen Pract*. déc 2010;60(581):907-12.
  126. Jansen J, McKinn S, Bonner C, Irwig L, Doust J, Glasziou P, et al. General Practitioners' Decision Making about Primary Prevention of Cardiovascular Disease in Older Adults: A Qualitative Study. *Plos One*. 13 janv 2017;12(1):e0170228.
  127. Johansen IH, Carlsen B, Hunskaar S. Psychiatry out-of-hours: a focus group study of GPs' experiences in Norwegian casualty clinics. *Bmc Health Serv Res*. 27 mai 2011;11:132.
  128. Krüger K, Leppkes N, Gehrke-Beck S, Herrmann W, Algharably EA, Kreutz R, et al. Improving long-term adherence to statin therapy: a qualitative study of GPs' experiences in primary care. *Br J Gen Pract*. juin 2018;68(671):E401-7.
  129. Le Roux E, Powell K, Banks JP, Ridd MJ. GPs' experiences of diagnosing and managing childhood eczema: a qualitative study in primary care. *Br J Gen Pract*. févr 2018;68(667):E73-80.
  130. Leusink P, Teunissen D, Lucassen PL, Laan ET, Lagro-Janssen AL. Facilitators and barriers in the diagnostic process of vulvovaginal complaints (vulvodynia) in general practice: a qualitative study. *Eur J Gen Pract*. 23 janv 2018;24(1):92-8.
  131. Morgan M, Jenkins L, Ridsdale L. Patient pressure for referral for headache: a qualitative study of GPs' referral behaviour. *Br J Gen Pract*. janv 2007;57(534):29-35.
  132. Pavageau S, Manar S, David M, Joseph J-P, Lopez A. Statins for primary prevention in patients aged 75 years and more: lack of evidence and shared decision. *Exerc- Rev Francoph Med Gen*. févr 2018;(140):52-7.
  133. Pickles K, Carter SM, Rychetnik L, McCaffery K, Entwistle VA. General Practitioners' Experiences of, and Responses to, Uncertainty in Prostate Cancer Screening: Insights from a Qualitative Study. *Plos One*. 21 avr 2016;11(4):e0153299.
  134. Pimlott NJG, Persaud M, Drummond N, Cohen CA, Silviu JL, Seigel K, et al. Family physicians and dementia in Canada Part 2. Understanding the challenges of dementia care. *Can Fam Physician*. mai 2009;55(5):508-U64.
  135. Schols AMR, van Boekholt TA, Oversier LMR, Dinant G-J, Cals JWJ. General practitioners' experiences with out-of-hours cardiorespiratory consultations: a qualitative study. *Bmj Open*. 2016;6(8):e012136.
  136. Tonkin-Crine S, Yardley L, Coenen S, Fernandez-Vandellos P, Krawczyk J, Touboul P, et al. GPs' views in five European countries of interventions to promote prudent antibiotic use. *Br J Gen Pract*. mai 2011;61(586).
  137. Underwood R, Kilner R, Ridsdale L. Primary care management of headaches and how direct-access MRI fits: a qualitative study of UK general practitioners' views. *Bmj Open*. nov 2017;7(11):e018169.
  138. Watson J, de Salis I, Banks J, Salisbury C. What do tests do for doctors? A qualitative study of blood testing in UK primary care. *Fam Pract*. déc 2017;34(6):735-9.
  139. Yon K, Nettleton S, Walters K, Lamahewa K, Buszewicz M. Junior doctors' experiences of managing patients with medically unexplained symptoms: a qualitative study. *Bmj Open*. 2015;5(12):e009593.
  140. Zwolsman SE, van Dijk N, de Waard MW. Observations of evidence-based medicine in general practice. *Perspect Med Educ*. sept 2013;2(4):196-208.
  141. Dew K, Dowell A, McLeod D, Collings S, Bushnell J. "This glorious twilight zone of uncertainty": Mental health consultations in general practice in New Zealand. *Soc Sci Med*. sept 2005;61(6):1189-200.
  142. Nevalainen MK, Mantyranta T, Pitkala KH. Facing uncertainty as a medical student—A qualitative study of their reflective learning diaries and writings on specific themes during the first clinical year. *Patient Educ Couns*. févr 2010;78(2):218-23.
  143. Motte B, Aiguier G, Van Pee D, Cobbaut JP. Mieux comprendre l'incertitude en médecine pour former les médecins. *Pédagogie Médicale*. 2020;21(1):39-51.
  144. Calnan M. Clinical uncertainty: is it a problem in the doctor-patient relationship? *Sociol Health Illn*. 1 mars 1984;6(1):74-85.
  145. Watson J, de Salis I, Hamilton W, Salisbury C. 'I'm fishing really'—inflammatory marker testing in primary care: a qualitative study. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. mars 2016;66(644):e200-206.
  146. Phillips WJ, Fletcher JM, Marks ADG, Hine DW. Thinking styles and decision making: A meta-analysis. *Psychol Bull*. 2016;142(3):260-90.
  147. Evans JSBT. Intuition and Reasoning: A Dual-Process Perspective. *Psychol Inq*. 30 nov 2010;21(4):313-26.
  148. Ingemansson M, Bastholm-Rahmner P, Kiessling A. Practice guidelines in the context of

- primary care, learning and usability in the physicians' decision-making process - a qualitative study. *Bmc Fam Pract.* 20 août 2014;15:141.
149. Commission Jeunes Médecins de l'Ordre. Etude sur l'installation des jeunes médecins [Internet]. 2019 avr. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom\\_enquete\\_installation.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_enquete_installation.pdf)
  150. Hurel K, Jerber M, Le Guyader S. Installation des jeunes médecins généralistes dans les territoires [Internet]. 2015 sept. Disponible sur: <https://cget.gouv.fr/sites/cget.gouv.fr/files/atoms/files/en-bref-04-cget-09-2015.pdf>
  151. Bonnard A. Je suis médecin généraliste remplaçant et je le reste ! Pourquoi ? Université d'Amiens; 2019.
  152. Aubertin B. Les aspirations professionnelles des futurs médecins généralistes : enquête auprès des internes du D.E.S. de médecine générale de Lorraine et des médecins remplaçants en Meuse. Université de Lorraine; 2008.
  153. Chandez C, Chiron F. Facteurs influençant positivement l'installation en médecine générale libérale chez les internes et les jeunes médecins récemment installés en Rhône-Alpes : étude qualitative par focus groups et entretiens semi-dirigés. Université de Grenoble; 2013.
  154. Biezen R, Brijnath B, Grando D, Mazza D. Management of respiratory tract infections in young children-A qualitative study of primary care providers' perspectives. *NPJ Prim Care Respir Med.* 07 2017;27(1):15.
  155. Ridard E, Somme D. Les motivations des médecins généralistes en centres de santé. Enquête par entretiens. *SFSP.* mars 2018;30:361-70.
  156. Micheau J, Molière E. L'emploi du temps des médecins libéraux. *DREES.* 2010;(15).
  157. Evans L, Trotter DRM. Epistemology and Uncertainty in Primary Care: An Exploratory Study. *Fam Med.* 41(5):8.
  158. Bonner C, Fajardo MA, Doust J, McCaffery K, Trevena L. Implementing cardiovascular disease prevention guidelines to translate evidence-based medicine and shared decision making into general practice: theory-based intervention development, qualitative piloting and quantitative feasibility. *Implement Sci IS* [Internet]. 30 août 2019 [cité 16 févr 2020];14. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6716813/>
  159. Ghosh AK. On the challenges of using evidence-based information: The role of clinical uncertainty. *J Lab Clin Med.* août 2004;144(2):60-4.
  160. Engel B, Esser M, Bleckwenn M. Piloting a blended-learning concept for integrating evidence-based medicine into the general practice clerkship. *GMS J Med Educ.* 2019;36(6):Doc71.
  161. Gilbert C. Les valeurs personnelles des médecins généralistes : une étude quantitative auprès des médecins généralistes en Languedoc-Roussillon. Montpellier-Nîmes; 2017.
  162. Moyo M, Goodyear-Smith FA, Weller J, Robb G, Shulruf B. Healthcare practitioners' personal and professional values. *Adv Health Sci Educ.* mai 2016;21(2):257-86.
  163. Blandin O, Cabé M-H. Cessation d'activité des médecins généralistes libéraux. [Internet]. 2008 mars. Report No.: 77. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud77.pdf>
  164. Jami A, Saidj S, François-Purcell I, Saint-Lary O. Représentations et ressentis des médecins généralistes sur les normes de pratiques médicales auxquelles ils sont confrontés. *Presse Médicale.* avr 2015;44(4):e92-9.
  165. Oh H, Beck JM, Zhu P, Sommer MA, Ferrari S, Egner T. Satisficing in split-second decision making is characterized by strategic cue discounting. *J Exp Psychol Learn Mem Cogn.* déc 2016;42(12):1937-56.
  166. Bate L, Hutchinson A, Underhill J, Maskrey N. How clinical decisions are made: How clinical decisions are made. *Br J Clin Pharmacol.* oct 2012;74(4):614-20.
  167. Moussel E, Morel A. Percevoir l'incertitude de son médecin généraliste en consultation : analyse interprétative phénoménologique de vécus de patients. Université de Grenoble; 2017.
  168. Gilles de la Londe J, Haghghi S. Percevoir l'incertitude de son médecin généraliste en consultation : analyse interprétative phénoménologique de vécus des patients. *Exerc- Rev Francoph Med Gen.* 2019;(154):272-3.
  169. Audétat M-C, Nendaz M. Face à l'incertitude : humilité, curiosité et partage. *Pédagogie Médicale.* 2020;21(1):1-4.
  170. Allen J, Heyrman J. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille - WONCA Europe. 2002;52.
  171. Collège National des Généralistes Enseignants. Présentation du D.E.S. de médecine générale [Internet]. 2012. Disponible sur: [https://www.cnge.fr/la\\_pedagogie/presentation\\_du\\_des/](https://www.cnge.fr/la_pedagogie/presentation_du_des/)
  172. Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P, Grol R. Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices. *Br J Gen Pract J R Coll Gen*

Pract. nov 2000;50(460):892-9.

173. Tereno S, Soares I, Martins E, Sampaio D, Carlson E. La théorie de l'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique. *Devenir*. 2007;19(2):151.

174. Labbé J. La théorie de l'attachement. Université de Laval;

175. Goldbeter-Merinfeld É. Théorie de l'attachement et approche systémique. *Cah Crit Thérapie Fam Prat Réseaux*. 2005;35(2):13.

176. Maunder RG, Hunter JJ. A Prototype-Based Model of Adult Attachment for Clinicians. *Psychodyn Psychiatry*. déc 2012;40(4):549-73.

177. Guillemeney J, Clary B, Labadie-Fobis A, Oude Engberink A, Pavageau S. La théorie de l'attachement est une ressource pour la relation médecin-patient : méta-synthèse qualitative. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. avr 2019;177(4):335-41.

178. McWhinney IR. The importance of being different. *Br J Gen Pract*. juill 1996;(46):433-6.

179. Cheshire A, Hughes J, Lewith G, Panagioti M, Peters D, Simon C, et al. GPs' perceptions of resilience training: a qualitative study. *Br J Gen Pract*. oct 2017;67(663):E709-15.

180. Apprendre à tirer parti des erreurs : un atelier de réflexion individuelle et collective. *Rev Prescrire*. nov 2011;31(337):863-6.

181. Bousageon R, Huas C, Rat C, Pouchain D, Renard V, Supper I, et al. Reconstruire l'Evidence Base pour une décision médicale partagée. *Rev Prescrire*. 2017;(130):90-4.

182. Moore A, Croxson C, McKelvie S, Lasserson D, Hayward G. General practitioners' attitudes and decision making regarding admission for older adults with infection: a UK qualitative interview study. *Fam Pract*. 31 juill 2019;36(4):493-500.

183. Kinsella AE. Se réapproprié l'incertitude du marais : réintroduire la réflexivité dans l'enseignement du raisonnement clinique. *Pédagogie Médicale*. août 2018;19(3):123-6.

184. Belhomme N, Jégo P, Pottier P. Gestion de l'incertitude et compétence médicale : une réflexion clinique et pédagogique. *Rev Médecine Interne*. juin 2019;40(6):361-7.

185. Ateliers. *Pédagogie Médicale*. sept 2017;18:S83-98.

186. Ledford CJW, Cafferty LA, Seehusen DA. Socializing Identity Through Practice: A Mixed Methods Approach to Family Medicine Resident Perspectives on Uncertainty. *Fam Med*. août 2015;47(7):549-53.

187. Marshall M. Redefining quality: valuing the role of the GP in managing uncertainty. *Br J Gen Pract*. 1 févr 2016;66(643):e146-8.

188. Ledford CJW, Seehusen DA, Chessman AW, Shokar NK. How we teach U.S. medical students to negotiate uncertainty in clinical care: a CERA study. *Fam Med*. janv 2015;47(1):31-6.

189. Evans L, Trotter DRM, Jones BG, Ragain RM, Cook RL, Prabhu FR, et al. Epistemology and Uncertainty : a follow-up study with third-year medical students. *Fam Med*. :8.

## **VII) ANNEXES**

### **ANNEXE I : Protocole ENTREQ**

Source : <https://bmcmedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2288-12-181>

No	Item	Guide and description
1	Aim	State the research question the synthesis addresses.
2	Synthesis methodology	Identify the synthesis methodology or theoretical framework which underpins the synthesis, and describe the rationale for choice of methodology (e.g. <i>meta-ethnography, thematic synthesis, critical interpretive synthesis, grounded theory synthesis, realist synthesis, meta-aggregation, meta-study, framework synthesis</i> ).
3	Approach to searching	Indicate whether the search was pre-planned ( <i>comprehensive search strategies to seek all available studies</i> ) or iterative ( <i>to seek all available concepts until they theoretical saturation is achieved</i> ).
4	Inclusion criteria	Specify the inclusion/exclusion criteria (e.g. <i>in terms of population, language, year limits, type of publication, study type</i> ).
5	Data sources	Describe the information sources used (e.g. <i>electronic databases (MEDLINE, EMBASE, CINAHL, psycINFO, Econlit), grey literature databases (digital thesis, policy reports), relevant organisational websites, experts, information specialists, generic web searches (Google Scholar) hand searching, reference lists</i> ) and when the searches conducted; provide the rationale for using the data sources.
6	Electronic Search strategy	Describe the literature search (e.g. <i>provide electronic search strategies with population terms, clinical or health topic terms, experiential or social phenomena related terms, filters for qualitative research, and search limits</i> ).
7	Study screening methods	Describe the process of study screening and sifting (e.g. <i>title, abstract and full text review, number of independent reviewers who screened studies</i> ).
8	Study characteristics	Present the characteristics of the included studies (e.g. <i>year of publication, country, population, number of participants, data collection, methodology, analysis, research questions</i> ).
9	Study selection results	Identify the number of studies screened and provide reasons for study exclusion (e.g. <i>for comprehensive searching, provide numbers of studies screened and reasons for exclusion indicated in a figure/flowchart; for iterative searching describe reasons for study exclusion and inclusion based on modifications t the research question and/or contribution to theory development</i> ).
10	Rationale for appraisal	Describe the rationale and approach used to appraise the included studies or selected findings (e.g. <i>assessment of conduct (validity and robustness), assessment of reporting (transparency), assessment of content and utility of the findings</i> ).
11	Appraisal items	State the tools, frameworks and criteria used to appraise the studies or selected findings (e.g. <i>Existing tools: CASP, QARI, COREQ, Mays and Pope [25]; reviewer developed tools; describe the domains assessed: research team, study design, data analysis and interpretations, reporting</i> ).
12	Appraisal process	Indicate whether the appraisal was conducted independently by more than one reviewer and if consensus was required.
13	Appraisal results	Present results of the quality assessment and indicate which articles, if any, were weighted/excluded based on the assessment and give the rationale.
14	Data extraction	Indicate which sections of the primary studies were analysed and how were the data extracted from the primary studies? (e.g. <i>all text under the headings "results /conclusions" were extracted electronically and entered into a computer software</i> ).
15	Software	State the computer software used, if any.
16	Number of reviewers	Identify who was involved in coding and analysis.
17	Coding	Describe the process for coding of data (e.g. <i>line by line coding to search for concepts</i> ).
18	Study comparison	Describe how were comparisons made within and across studies (e.g. <i>subsequent studies were coded into pre-existing concepts, and new concepts were created when deemed necessary</i> ).
19	Derivation of themes	Explain whether the process of deriving the themes or constructs was inductive or deductive.
20	Quotations	Provide quotations from the primary studies to illustrate themes/constructs, and identify whether the quotations were participant quotations of the author's interpretation.
21	Synthesis output	Present rich, compelling and useful results that go beyond a summary of the primary studies (e.g. <i>new interpretation, models of evidence, conceptual models, analytical framework, development of a new theory or construct</i> ).

## ANNEXE II : Guide eMERGe

Improving reporting of meta-ethnography: the eMERGe reporting guidance.

Source : <https://bmcmmedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12874-018-0600-0>

No	Criteria headings	Reporting criteria
<b>Phase 1 – Selecting meta-ethnography and getting started</b>		
<i>Introduction</i>		
1	Rationale and context for the meta-ethnography	Describe the gap in research or knowledge to be filled by the meta-ethnography, and the wider context of the meta-ethnography
2	Aim(s) of the meta-ethnography	Describe the meta-ethnography aim(s)
3	Focus of the meta-ethnography	Describe the meta-ethnography review question(s) (or objectives)
4	Rationale for using meta-ethnography	Explain why meta-ethnography was considered the most appropriate qualitative synthesis methodology
<b>Phase 2 – Deciding what is relevant</b>		
<i>Methods</i>		
5	Search strategy	Describe the rationale for the literature search strategy
6	Search processes	Describe how the literature searching was carried out and by whom
7	Selecting primary studies	Describe the process of study screening and selection, and who was involved
<i>Findings</i>		
8	Outcome of study selection	Describe the results of study searches and screening
<b>Phase 3 – Reading included studies</b>		
<i>Methods</i>		
9	Reading and data extraction approach	Describe the reading and data extraction method and processes
<i>Findings</i>		
10	Presenting characteristics of included studies	Describe characteristics of the included studies
<b>Phase 4 – Determining how studies are related</b>		
<i>Methods</i>		
11	Process for determining how studies are related	Describe the methods and processes for determining how the included studies are related : - Which aspects of studies were compared AND - How the studies were compared
<i>Findings</i>		
12	Outcome of relating studies	Describe how studies relate to each other
<b>Phase 5 – Translating studies into one another</b>		
<i>Methods</i>		
13	Process of translating studies	Describe the methods of translation : - Describe steps taken to preserve the context and meaning of the relationships between concepts within and across studies - Describe how the reciprocal and refutational translations were conducted - Describe how potential alternative interpretations or explanations were considered in the translations
<i>Findings</i>		
14	Outcome of translation	Describe the interpretive findings of the translation
<b>Phase 6 – Synthesizing translations</b>		
<i>Methods</i>		
15	Synthesis process	Describe the methods used to develop overarching concepts (“synthesized translations”) Describe how potential alternative interpretations or explanations were considered in the synthesis
<i>Findings</i>		
16	Outcome of synthesis process	Describe the new theory, conceptual framework, model, configuration, or interpretation of data developed from the synthesis
<b>Phase 7 – Expressing the synthesis</b>		
<i>Discussion</i>		
17	Summary of findings	Summarize the main interpretive findings of the translation and synthesis and compare them to existing literature
18	Strengths, limitations, and reflexivity	Reflect on and describe the strengths and limitations of the synthesis : - Methodological aspects – for example, describe how the synthesis findings were influenced by the nature of the included studies and how the meta-ethnography was conducted. - Reflexivity – for example, the impact of the research team on the synthesis findings
19	Recommendations and conclusions	Describe the implications of the synthesis

## ANNEXE III : Grille CASP

Traduction française de la grille CASP d'évaluation de la qualité d'une étude qualitative.

Source : <http://www.lca-ecn.info/images/LCA/CASP/Etude%20qualitative.pdf>

10 questions pour comprendre une étude qualitative :

<p><b>1 - Les objectifs de l'étude ont-ils été clairement énoncés ?</b>          Quel(s) étai(ent) le ou les objectifs de l'étude ?          Est-il/sont-ils explicitement énoncé(s) ?          Comment sa/leur pertinence est/sont-elle(s) justifiée(s) ?</p>	<p>OUI   Je ne sais pas   NON</p>
<p><b>2 - Le choix d'une méthode qualitative est-il approprié ?</b>          L'étude a-t-elle cherché à explorer ou interpréter des conduites et/ou expériences subjectives des participants ?          L'étude qualitative est-elle la bonne méthode pour répondre aux objectifs énoncés ?</p>	<p>OUI   Je ne sais pas   NON</p>

Cela vaut-il la peine de continuer ?

<p><b>3 - Le schéma d'étude est-il approprié pour atteindre les objectifs ?</b>          Les enquêteurs ont-ils expliqué et justifié la méthode choisie ? (phénoménologie, théorie ancrée, ethnologie, etc.)</p>	<p>OUI   Je ne sais pas   NON</p>
<p><b>4 - La stratégie de sélection des participants est-elle adaptée aux objectifs de l'étude ?</b>          Les enquêteurs ont-ils expliqué comment les participants ont été sélectionnés ?          En quoi les participants sélectionnés sont-ils les plus appropriés pour accéder au type d'information recherchée par l'étude ?          Y a-t-il d'autres informations concernant le recrutement ? (par exemple, pourquoi certaines personnes n'ont pas souhaité participer)</p>	<p>OUI   Je ne sais pas   NON</p>
<p><b>5 - La manière dont les données ont été recueillies correspond-elle à la question de l'étude et à la méthode choisie ?</b>          Considérez :          Si le milieu de recueil des données a été justifié.          Si la technique de recueil des données est clairement spécifiée et justifiée (par exemple entretiens, groupes de discussion, observation participante, etc.).          Si le processus de recueil a été concrètement détaillé (guides pour les entretiens, structure des groupes de discussion, processus d'observation...)          Si la stratégie de recueil des données a été modifiée en cours d'étude et si les enquêteurs expliquent comment et pourquoi.          Si le format enregistrement des données est précisé (audio/vidéo, notes, etc.).          Si l'enquêteur a atteint la saturation des données.</p>	<p>OUI   Je ne sais pas   NON</p>
<p><b>6 - La relation entre l'enquêteur et l'objectif de l'étude a-t-elle été considérée ?</b>          Considérez :          Si l'enquêteur a discuté son propre rôle, potentiel biais et son influence lors de la formulation des questions étudiées et du recueil des données, y compris le recrutement de l'échantillon et le choix du lieu.          Si l'enquêteur a présenté et justifié les changements conceptuels (reformulation des questions et objectifs de l'étude) et méthodologiques (critères d'inclusion, stratégie d'échantillonnage, de recueil des données, etc.).</p>	<p>OUI   Je ne sais pas   NON</p>
<p><b>7 - Les problèmes éthiques ont-ils été pris en compte ?</b>          Considérez :          Si l'enquêteur a détaillé les aspects en rapport avec le consentement éclairé, la confidentialité des données, la gestion de la vulnérabilité émotionnelle (effet de l'étude sur les participants, pendant et après celle-ci, comme la conséquence de la prise de conscience de sa propres expérience).          S'il a sollicité l'approbation d'un comité d'éthique.</p>	<p>OUI   Je ne sais pas   NON</p>

<p><b>8 - L'analyse des données a-t-elle été suffisamment rigoureuse ?</b>  Considérez :  S'il existe une description détaillée du type d'analyse (de contenu, de discours, etc.).  Si une analyse thématique a été utilisée, comment les catégories/thèmes ont émané à partir des données.  Si l'enquêteur explique par quel processus les résultats présentés ont été sélectionnés à partir des données recueillies.  A quel point les données contradictoires ont été prises en compte dans l'analyse (cas négatifs ou cas extrêmes).  Si l'enquêteur a discuté son propre rôle, potentiel biais et son influence lors de l'analyse et de la sélection des données à présenter.</p>	<p><b>OUI    Je ne sais pas    NON</b></p>
<p><b>9 - Les résultats sont-ils clairement présentés ?</b>  Considérez :  Si les résultats correspondent à la question de l'étude.  Si les résultats sont présentés de façon détaillée et compréhensible.  Si les résultats sont comparés avec les résultats d'études précédentes.  Si l'enquêteur a justifié la stratégie utilisée pour assurer la crédibilité des résultats (par exemple, triangulation, validation par les participants, etc.).  Si les limites de l'étude ont été discutées.</p>	<p><b>OUI    Je ne sais pas    NON</b></p>
<p><b>10 - Les résultats sont-ils applicables dans votre milieu ?</b>  Considérez :  Si l'enquêteur explique la contribution des résultats aux connaissances actuelle et à la pratique clinique.  Si des perspectives de recherches futures ont été identifiées.  Si l'enquêteur discute la possibilité de transférer les conclusions à d'autres populations.</p>	<p><b>OUI    Je ne sais pas    NON</b></p>

## ANNEXE IV : Tableau des résultats de l'évaluation de la qualité des études.

Etude/Item	Objectifs	Méthode	Schéma	Participants	Recueil	Réflexivité	Ethique	Analyse	Résultats	Validité
1	o	o	nsp	o	o	n	o	o	o	o
2	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
3	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
4	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
5	o	o	o	o	o	nsp	o	o	o	o
6	o	o	o	o	o	nsp	o	nsp	o	o
7	o	o	o	o	o	o	o	nsp	n	n
9	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
10	o	o	o	o	nsp	n	o	o	o	o
11	o	o	o	o	o	n	o	o	nsp	o
12	o	o	o	o	o	n	o	o	o	o
13	o	o	o	o	o	n	o	o	o	o
14	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
15	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
16	o	o	nsp	n	o	n	o	o	o	o
17	o	o	o	o	o	n	o	o	o	o
18	o	o	o	o	o	n	o	o	o	o
19	o	o	o	o	o	n	o	o	nsp	o
20	o	o	o	o	o	n	o	o	o	o
21	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
22	o	o	o	o	o	o	o	o	nsp	o
23	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
24	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
25	o	o	nsp	o	o	o	o	o	o	o
26	o	o	o	o	o	n	o	o	o	o
27	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
28	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
29	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
30	o	o	o	o	o	n	o	o	o	nsp
32	o	o	o	o	o	n	o	o	o	o
33	o	o	o	o	o	o	n	o	o	o
34	o	o	o	o	o	n	o	o	o	o
35	o	o	o	o	o	o	o	o	o	nsp
36	o	o	o	o	o	o	o	o	o	nsp
37	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
38	o	o	o	o	o	n	o	o	o	o
40	o	o	o	o	o	n	o	o	o	o
41	o	o	o	o	o	n	o	o	o	o
42	o	o	o	o	o	n	o	o	o	o
43	o	o	o	o	o	n	o	o	o	o
44	o	o	o	o	o	o	n	o	o	o
45	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
46	o	o	o	o	o	o	n	o	o	o
47	o	o	o	o	nsp	n	o	o	o	o
48	o	o	o	o	o	n	o	o	o	o
49	o	o	o	o	o	o	o	o	o	nsp
52	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
53	o	o	o	o	o	o	o	o	o	nsp
54	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
55	o	o	o	o	o	n	o	o	o	o
56	o	o	o	o	o	n	o	o	o	o
57	o	o	o	o	o	n	o	o	o	o
58	o	o	o	o	o	n	o	o	o	o
60	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
61	o	o	o	o	o	n	o	o	o	o
62	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
63	o	o	o	o	o	n	o	o	o	o

o : oui

n : non

nsp : je ne sais pas



## ANNEXE V : Extrait de la fiche de recueil et d'analyse personnalisée.

La version intégrale est accessible en version numérique au sein du Département Universitaire de Médecine Générale de Montpellier-Nîmes.

Etude/Base de données	Population étudiée	Méthode utilisée	Qualité > cf CASP	Question de Recherche	Objectif(s)
Web of Science  <b>24 / « I can't find anything wrong : it must be a pulmonary embolism » : diagnosing suspected pulmonary embolism in primary care, a qualitative study.</b>	28 MG (12F,16H) en Bretagne	Entretiens semi-dirigés individuels en face à face (5-40min) avec guide d'entretien.  Analyse qualitative thématique. Enregistrement audio, transcription, vérification de la transcription par chaque MG concerné.	Cf grille.	- Comment les MG en arrivent-ils à suspecter une embolie pulmonaire dans leur pratique quotidienne ?	- Explorer comment les MG arrivent au diagnostic d'une suspicion d'embolie pulmonaire dans leur pratique réelle : comment la suspicion d'embolie pulmonaire apparaît dans le processus de diagnostic des MG français.  - Décrire de façon spécifique le rôle du <i>gut feeling</i> dans le processus diagnostique.
		<b>Résultats – Thèmes primaires</b>		<b>Interprétations des auteurs – Thèmes secondaires</b>	<b>Citations des participants/des auteurs</b>
Barais et al.	<p><b>- une présentation clinique variée / qui peut prendre de multiples formes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; les signes cliniques sont très variés et difficilement reconnaissables.</li> <li>&gt; la douleur thoracique peut être reproduite à la palpation, survenir lors de l'effort ou majorée par l'inspiration profonde. La localisation, intensité et la durée varient également. La dyspnée est d'intensité variable, allant d'un accès isolé à une tachypnée. La tachycardie était considérée comme un signe utile.</li> <li>&gt; une douleur thoracique associée à une dyspnée avec tachycardie était directement liée à un diagnostic d'EP, de même que l'association dyspnée, douleur thoracique et signe de thrombose.</li> <li>&gt; certains MG considéraient la dyspnée comme un indice important d'EP, d'autres n'associaient pas la dyspnée à une EP systématiquement.</li> <li>&gt; autre élément important : l'absence de signes cliniques en faveur d'un autre diagnostic.</li> <li>&gt; diagnostic de l'EP complexe en soins primaires, dépendant de la possibilité d'écarter d'autres pathologies potentielles.</li> </ul> <p><b>- outils utilisés pour aider à la prise de décision : D-dimères et ECG</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; place ambivalente de l'ECG, nécessaire pour certains pour éliminer une pathologie coronaire, pour d'autres s'orientant d'emblée vers l'EP, il n'apportait rien.</li> </ul>	<p>- La suspicion d'EP découle de 4 considérations : l'absence de signes cliniques en faveur d'autres diagnostics que l'EP, un changement soudain de la condition du patient, un <i>gut feeling</i> que quelque chose ne va pas et l'expérience du MG d'un échec de diagnostic d'EP antérieur. Les MG n'utilisent pas les scores dans leur processus diagnostique.</p> <p>- se fier à son <i>gut feeling</i> aux premières étapes du processus diagnostique n'exclut pas l'utilité des règles de décision clinique comme le score de Wells. Au contraire le <i>gut feeling</i> devrait déclencher la prochaine étape du processus diagnostique, et spécialement l'application du score de Wells.</p> <p>- la multiplicité des aspects cliniques de l'EP ne fournissait pas de base sur laquelle les MG puissent établir leurs décisions. Les MG attachaient de l'importance aux symptômes de thrombose et à l'anxiété. Ils soulignaient l'absence de signes objectifs et indicatifs parallèles aux plaintes du patient. Un changement soudain de comportement du patient était un des indices les plus importants. La connaissance des antécédents du patient et les variations de comportement chez une personne spécifique étaient des outils utilisés quand une maladie sévère était suspectée.</p> <p>- Les résultats de l'étude contribuent à l'amélioration d'une stratégie spécifique en soins primaires : connaître le patient, ses facteurs de risque, et être sensible à ses variations de comportement semblent être décisif quand les signes cliniques sont vagues mais qu'une pathologie grave est suspectée.</p> <p>- Les MG établissaient également leurs décisions sur ce qu'ils ressentaient pendant la consultation. Ce sens de l'alarme (<i>gut feeling</i>) implique que le MG s'inquiète pour l'état de santé d'un patient, bien qu'il n'ait pas encore de preuve. C'est l'expression du sentiment que « quelque chose cloche ». Ce sens de l'alarme implique une prise en charge spécifique où le patient doit être adressé à un service d'urgence, ou à un spécialiste, afin d'empêcher de sérieuses complications pour sa santé.</p> <p>- Van den Bruel et al. ont prouvé que le <i>gut feeling</i> avait une meilleure spécificité que la première impression clinique dans le contexte d'infections sévères chez les enfants en soins</p>	<p>« <i>Well, yes, I did find something else... and that's anxiety. I mean, I noticed, the dyspnea really frightened the patient, compared with other dyspnea. What alarmed me was a dyspnea that was frightening for the patient, not a usual « lambda » common dyspnea. There was anxiety and stress.</i> » (MG)</p> <p>« <i>We have nothing (...) and there are only two doctors in the area who can do doppler tests. It is not that simple. You have to refer to the hospital. Here there is nothing, no lab. They have to go to the lab or the nurse has to come to their home. If we ask for the D-dimer in the morning, we will not have the answer until 3 pm. If we are in any doubt, we have to refer to the hospital.</i> » (MG)</p>		

	<p>&gt; les D-dimères constituaient une aide mineure, puisqu'ils nécessitaient un passage au laboratoire et était donc considéré comme une perte de temps ; de plus, le résultat n'apparaissait pas assez discriminant pour certains MG. Sa très bonne valeur prédictive négative était vue comme un frein plutôt qu'une aide au diagnostic.</p> <p>&gt; les MG n'utilisaient pas les règles de probabilité de survenue de l'EP, pour la plupart il n'existait pas de règle (au cours de l'entretien, certains MG se sont sentis jugés de ne pas les utiliser).</p> <p>&gt; le système de score était vu comme un moyen d'évaluer la sévérité d'une EP aux urgences, les MG qui l'utilisaient le faisaient parce qu'ils estimaient d'emblée que le patient devait être adressé à l'hôpital, le résultat du score n'aurait eu aucune influence sur leur prise de décision au cabinet. Ce système de score était jugé impersonnel et à l'opposé d'une approche centrée sur le patient.</p> <p>&gt; le raisonnement n'est pas le même en ville, où les laboratoires sont accessibles, qu'en zone rurale, où les MG pesaient le pour et le contre avant d'adresser le patient, du fait de la distance à parcourir.</p> <p><b>- racines de la suspicion :</b></p> <p>&gt; basées sur une expérience négative précédente, une erreur de diagnostic aux conséquences fatales et un délai dans le diagnostic ayant causé des dommages sévères au patient, qui renforcent l'anxiété autour de l'EP.</p> <p>&gt; certains MG étaient plus conditionnés par leur expérience traumatique passée que par des éléments objectifs.</p> <p>&gt; un changement dans l'attitude ou le comportement du patient peut alerter le MG, du fait qu'il connaît bien son patient.</p> <p>&gt; perception que quelque chose ne va pas, les MG ont besoin d'examen complémentaires pour répondre à ce sens de l'alarme (« avoir le nez », « avoir le sentiment » « avoir l'intuition »). Ce sentiment était décrit par 18 MG sur 28 sans relation avec l'âge, le genre, l'expérience ou le lieu de pratique.</p>	<p>primaires. Les auteurs ont recommandé que le <i>gut feeling</i> ne soit pas ignoré dans le raisonnement diagnostique, mais qu'il soit utilisé comme un drapeau rouge d'alerte.</p> <p>- Dans cette étude ce sont l'anxiété du patient et le sens de l'alarme perçus par le MG qui conduisent le processus de raisonnement diagnostique.</p> <p>- Le score de Wells n'était pas perçu comme utile en soins primaires. Le score de Wells, combiné au dosage des D-dimères élimine de façon efficace et sûre le diagnostic d'EP en soins primaires. Le score de Wells apporte une synthèse entre les symptômes, les signes cliniques et l'évaluation du MG avec l'attribution de 3 points si le jugement du MG est en faveur d'une EP plutôt que d'un autre diagnostic. Le MG peut donc exprimer son sens de l'alarme avec ces 3 points. La 1ère étape diagnostique de suspicion de l'EP, incluant le sens de l'alarme, devrait conduire le MG à la deuxième étape, c'est-à-dire le calcul du score de Wells. Cette stratégie a un impact clinique dans la décision du MG et remplit le critère de règle pertinente pour la prise de décision en soins primaires. Possible explication à l'attitude des MG : l'utilisation d'un test D-dimères au cabinet n'est pas répandu en France, les patients doivent se rendre au laboratoire, la plupart des MG « plus âgés » n'avait jamais entendu parler du score de Wells. La plupart des MG utilisait leur connaissance globale du patient et leur évaluation globale du cas. Utiliser un score ne leur semblait pas correspondre à une approche centrée sur le patient.</p> <p>- l'approche centrée sur le patient est au cœur des compétences des MG.</p> <p>- utiliser la combinaison du dosage des D-dimères et du score de Wells était utile pour réduire le nombre de faux positifs, mais les MG accordent plus d'importance à l'identification des vrais positifs (afin de prodiguer les soins nécessaires aux patients qui en ont besoin) qu'à celle des faux positifs (stopper les soins chez quelqu'un qui n'en a pas besoin). Soigner des gens qui sont susceptibles de souffrir d'une pathologie menaçant le pronostic vital est plus important que de refuser les soins à un patient en bonne santé.</p> <p>- Les MG expérimentés voient la prise de décision comme une expertise : en conséquence de leur expérience, ils ont établi un panel de réactions à des représentations de maladies qu'ils identifient d'un coup d'œil. Ces modes de pensée rapides, faciles, et inconscients sont nommés « heuristique ». Ils sont considérés comme des outils puissants mais comportent des erreurs spécifiques. Quand les MG sont confrontés à une nouvelle situation, ils doivent faire appel au raisonnement analytique, lent et plus difficile. Le sentiment de complexité que ressent le MG est corrélé à la perception d'une divergence cognitive : le fait que la situation ne corresponde à rien de connu active le sens de l'alarme du MG. Ce sens de l'alarme force le MG à sortir de son mode de raisonnement routinier et à adopter un mode de raisonnement analytique, et à émettre l'hypothèse d'une EP.</p> <p>- le sens de l'alarme agit comme un rétrocontrôle autorisant le questionnement d'une hypothèse possiblement fautive au début de l'élaboration du diagnostic.</p> <p>- ce sentiment est basé sur le savoir médical, le savoir qui découle de l'expérience et celui qui découle du contexte.</p>	<p>« <i>and, in an emergency context, you just have to call and you will have a scintigraphy or a CT angiogram, you have it very quickly. The lab test, it is done in one hour in the cab next door.</i> » (MG)</p> <p>« <i>[EP happens] with a man I know well, who never complains. So I know that when he calls, it's something important.</i> » (MG)</p> <p>« <i>We sense the situation... Even if not all signs are present... We feel things, but I can't explain them.</i> » (MG)</p> <p>« <i>Yes clinical signs and sometimes we have the... we have the « feeling », we feel... we feel the... with converging lines of evidence, we feel that something does not fit.</i> » (MG)</p>
--	--	--	--

## ANNEXE VI : Journal de thématization.

**Bleu** : thèmes issus de la section « résultats » des études.

**Orange** : thèmes issus de la section « discussion » / « conclusion » des études.

**Rouge** : interprétation de 3<sup>ème</sup> ordre (thèmes tertiaires).

### Etude 1 : **How do general practitioners use « safety netting » in acutely ill children ? Bertheloot et al.**

- Décision guidée par l'utilisation de **filet de sécurité**. Éviter des procédures médico-légales.
- Information et éducation du patient (ici des parents) sur les possibilités d'évolution, mise en place de **drapeaux rouges**.
- **Gut feeling** et **intuition** guident la prise en charge
- Attention particulière au ressenti du patient (ici des parents), adaptation de l'information aux caractéristiques des parents (/patients) > **ACP**
- Incertitude sur la compréhension du patient

### Etude 2 : **Diagnosing headache in primary care : a study of GPs' approaches. Bösner et al.**

- **Connaissance** du patient : ses antécédents, la première impression.
- Éliminer les diagnostics de gravité, les **drapeaux rouges**, est **plus important que poser un diagnostic spécifique**.
- **Laisser du temps au temps** = surveillance active
- **Essai thérapeutique**

### Etude 3 : **GP's reasons for referral of patients with chest pain : a qualitative study. Bruyninckx et al.**

- **Connaissance** du patient : ses antécédents personnels et familiaux, la première impression, une présentation ou un comportement inhabituel.
- Les circonstances d'apparition du symptôme
- Un **interrogatoire minutieux et un examen clinique approfondi** aident le MG dans sa décision d'adresser le patient à un spécialiste/une structure d'urgence.
- **Intuition/gut feeling** plus important que les signes cliniques.
- Critères majorant l'incertitude : si le patient a vu un spécialiste 15j avant, si le MG « craint » la réaction de l'équipe de SMUR.
- Les mauvaises expériences du MG le conduisent à adresser le patient plus rapidement (**erreur diagnostique**).

### Etude 4 : **Antibiotic prescribing for the future : exploring attitudes of trainees in general practice. Dallas et al.**

- Au cours de la formation, **difficile d'être sûr de soi** quand son maître de stage n'applique pas les recommandations.
- La décision (de prescription) dépend des **facteurs liés au patient**, du milieu d'exercice des facteurs environnementaux, du **contexte** en général.
- Différences entre théorie et pratique, les **habitudes de prescription** ont plus de poids que la présentation clinique du patient.

### Etude 5 : **Childhood fever : a qualitative study on GPs' experiences during out-of-hours care. De Bont et al.**

- Relation médecin-patient : **différence de perception de la gravité** d'une situation.
- **Charge de travail importante** en garde avec beaucoup de cas ne nécessitant pas de consultation urgente.
- **Stress** lors des gardes plus important qu'au cours de la pratique quotidienne en journée. **Pression du temps**.
- **Rejet des parents de leur responsabilité de la santé de leur enfant sur le médecin**.
- « **On en fait plus en garde** » : Prise en charge encore plus précautionneuse et prescription plus fréquente d'antibiotiques par les MG lorsqu'ils ne connaissent pas les enfants qu'ils traitent.
- Incompréhension entre parents et MG et difficulté de ré-assurance pour les MG quand il n'y a pas de diagnostic posé (pas de point d'appel)
- Communication et prise en charge altérées par le **manque de connaissance** du patient, **l'absence de relation médecin patient prééxistante**, ce qui majore l'incertitude.

### Etude 6 : **Understanding the work of general practitioners : a social science perspective on the context of medical decision making in primary care. Gueneau et al.**

- Notion qu'il faut **sécuriser la prise en charge** pour diminuer le niveau d'incertitude.
- L'intolérance à l'incertitude conduit les MG à adresser plus souvent leurs patients aux spécialistes.
- Les **caractéristiques des patients ont un impact sur la durée des consultations**.
- Sentiment des MG de ne pas être assez à jour dans leurs connaissances et leurs compétences, au sein d'un milieu en constante évolution, de plus en plus pointu.
- **Temps de consultation trop court** qui ne permet pas une anamnèse complète. **Savoir gérer son temps** est une compétence à acquérir.

### Etude 7 : **Analysis of factors influencing general practitioner's decision to refer obese patients in Australia : a qualitative study. Kim et al.**

- **Approche centrée patient** : le patient est adressé si le MG perçoit qu'il est motivé, qu'il se prend en charge sur le plan de sa santé, s'il a déjà effectué des modifications de son mode de vie, si les services nécessaires sont disponibles, s'il sait qu'il a les moyens d'assumer financièrement.

### Etude 8 : EXCLUE

### Etude 9 : **Hospital admissions from nursing homes : a qualitative study of GP decision making. McDermott et al.**

- **Approche centrée patient** : il faut que la balance bénéfice/risque d'une hospitalisation soit bonne pour le patient.
- La **charge de travail** détermine également la décision d'hospitalisation (**car ne pas hospitaliser augmente la charge de travail**).
- **Aspect légal** : crainte d'une critique ou d'une sanction légale.
- Une mauvaise connaissance du patient conduisait à une décision d'hospitalisation > **nécessité de connaître le patient**/ses directives anticipées.
- **Prise en compte de l'avis du patient et de son entourage**.

### Etude 10 : **A preliminary study of the decision-making process within general practice. Mears and Sweeney**

- Les caractéristiques du médecin : expérience, philosophie, opinions
- **Connaissance** du patient, de ses croyances culturelles, ses antécédents, son attitude.
- **Relation médecin-patient** : il faut maintenir une bonne relation, au prix de certaines concessions.

- **Maîtrise de la communication** : adapter son langage au patient, savoir lire les **indices non verbaux**. Les facteurs externes tels que les messages des médias peuvent être une aide tout comme un frein à la communication.
- **Le temps**.
- **L'EBM ne fournit pas de modèle de décision satisfaisant pour la MG.**

Etude 11 : **Understanding the prescription of antidepressants : a qualitative study among French GPs. Mercier et al.**

- **Approche centrée patient** : écouter la demande avant de décider de prescrire. **Connaissance du patient**, de son environnement et de son entourage facilite la décision.
- **Facultés d'adaptation** : les MG combinent les recommandations pas toujours appropriées pour la MG avec des critères qui leur sont personnels pour évaluer le patient.
- **Compétences** du médecin, son expérience professionnelle et personnelle, son *gut feeling*.
- Test thérapeutique.
- Difficile de prendre des décisions quand la situation n'est pas maîtrisée (patient non connu)
- Stratégies spécifiques des MG.

Etude 12 : **Individual utilisation thresholds and exploring how GP's knowledge of their patients affect diagnosis : a qualitative study in primary care. Michiels-Corsten et al.**

- (étude incluse malgré partie quantitative non nécessaire)
- Identification par les MG d'un **seuil de recours à la consultation** qui diffère selon les patients, et dépend de leurs caractéristiques, de leurs antécédents, de leur histoire. Les MG modulent leur décision en fonction du seuil qu'ils ont attribué à un patient.
- Le **sens de l'alarme** est plus élevé pour les MG qui font face à des patients ayant un **seuil de recours** à la consultation haut.
- A l'inverse les MG tentent de rassurer les patients qui ont un seuil bas sans leur programmer d'exams complémentaires. Néanmoins certains MG essaient d'ignorer ces seuils, afin de ne pas manquer une maladie sérieuse.

Etude 13 : **Organising medication discontinuation : a qualitative study exploring the views of general practitioners toward discontinuing statins. Nixon et al.**

- Prendre en compte **l'avis du patient** pour la décision d'interruption d'un traitement. Prendre en compte les effets indésirables.
- Le fait de prendre la décision d'arrêter un traitement est un acte médical au même titre que prendre celle de l'instaurer.
- **Primum non nocere** : s'abstenir de faire qqch est un soin.
- Faire un essai (thérapeutique) quand on ne sait pas est un moyen **d'obtenir plus d'indices**, donc de gérer l'incertitude.
- L'important est de pouvoir argumenter son choix (**décision médicale partagée**).

Etude 14 : **GPs' experiences of children with anxiety disorders in primary care : a qualitative study. O'Brien et al.**

- Notion de **responsabilité de la prise en charge** qui peut conduire le MG à adresser le patient.
- **Priorisation**.
- doute sur la légitimité du MG à identifier les troubles anxieux de l'enfant.
- Le sentiment d'avoir des **connaissances trop limitées** conduit les MG à adresser les patients (ici enfants au psychiatre).
- Les MG sont influencés par les parents de l'enfant.

Etude 15 : **Gut feelings in the diagnostic process of Spanish GPs : a focus group study. Oliva et al.**

- Le **gut feeling** dépend de la **durée de l'expérience professionnelle** et de la continuité des soins dans la **relation médecin-patient**.
- Le **gut feeling** est une des **composantes essentielles** du travail en soins primaires.
- Le **gut feeling** ne donne aucune certitude, il aide le MG à décider de faire des examens complémentaires, ou au contraire, s'il faut laisser du temps.
- Les MG doutent parfois de leur **gut feeling**, et prennent en compte le **gut feeling** des proches et autres professionnels de santé > **gut feeling partagé**.

Etude 16 : **GPs' responses to adolescents presenting with psychological difficulties : a conceptual model of fixers, future planners and collaborators. Roberts et al.**

- La façon de résoudre une situation clinique dépend du **tempérament du médecin** (collaborateur, « qui règle le problème » ou « qui planifie le futur »).
- Les MG peuvent parfois utiliser leur anxiété comme une amorce à l'auto-réflexivité afin de réévaluer la situation d'un point de vue externe.
- L'empathie est nécessaire pour prendre en charge le patient correctement (**ACP**), de même que développer des compétences en **communication**.
- Faire preuve de bon sens est parfois plus important que de rechercher le diagnostic ou le traitement à tout prix.
- Tout vouloir solutionner immédiatement n'est pas la bonne approche (source de stress/pression), il faut apprendre à **laisser du temps**.

Etude 17 : **Diagnosing skin disease in primary care : a qualitative study of GPs' approaches. RübSam et al.**

- Les MG s'appuient sur l'un des modes de raisonnement en fonction du cas de figure (reconnaissance du schéma, stratégie hypothético-déductive ou probabiliste).
- Nécessité de **communiquer son incertitude** au patient, afin d'obtenir son soutien et sa confiance pour l'initiation du traitement.
- Certains MG sont mal à l'aise avec leur incertitude.
- L'incertitude est (parfois) liée au manque de connaissances (dans un domaine).
- Les MG mettent leur incertitude à **l'épreuve du temps** : test du temps, essai thérapeutique.
- Demande d'**avis spécialisé** > **délégation de l'incertitude**.

Etude 18 : **Medication management strategy for older people with polypharmacy in general practice : a qualitative study on prescribing behaviour in primary care. Sinnige et al.**

- **Communication avec le pharmacien** pour la réévaluation des traitements.
- Les MG ne traitent pas tous les patients de la même façon : ils s'adaptent en fonction du patient (**ACP**), surtout lorsqu'ils s'agit de patients polypathologiques.
- Nécessité de faire des compromis.
- Il est nécessaire de pouvoir **échanger avec des confrères et d'autres professionnels de santé**, dans l'intérêt du patient > **partage de la décision**.

Etude 19 : **What to give the patient who has everything : a qualitative study of prescribing for multimorbidity in primary care.** Sinnott et al.

- En situation d'incertitude, il faut savoir **s'adapter**, trouver la **solution la meilleure pour le patient** (en fonction de ses pathologies et traitement en cours) compte tenu des recommandations actuelles. **ACP**.
- Notion du **satisficing** : évaluation de toutes les options envisageable et choix de l'une d'entre elles en fonction du patient, lorsque la situation clinique est complexe et que différentes recommandations s'opposent.
- Les recommandations ne permettent pas d'obtenir une réponse claire aux problèmes posés en soins primaires.
- La **relation médecin-patient** doit rester une priorité afin de permettre des décisions médicales partagées.
- Crainte des répercussions médico-légales.

Etude 20 : **Understanding laboratory testing in diagnostic uncertainty : a qualitative study in general practice.**

Van der Weijden et al.

- En situation d'incertitude, la demande d'examens complémentaires peut être la conséquence de motifs médicaux ou non médicaux (demande du patient, volonté de rassurer le patient, souhait de se rassurer soi-même, mettre fin à une consultation)
- Les demandes d'examens complémentaires sont fonction du patient (**ACP**).
- Les examens complémentaires comme réponse au **manque de temps** > **apprendre à gérer son temps ?**
- Apprendre à gérer l'incertitude diagnostique est une **compétence** à acquérir.
- Demandes d'examens réactionnelles à une **erreur diagnostique** dans le passé, craintes médico-légales.
- Pressions extérieures (confrères, spécialistes), habitudes de prescription, contexte de la consultation (niveau de fatigue).
- Notion de **médecine défensive** en réponse aux craintes de sanction médico-légales.
- Il faut apprendre à gérer la demande du patient.
- Contradiction EBM et ACP qui doivent pourtant être menées ensemble (discussion).

Etude 21 : **GPs' perspectives on secondary cardiovascular prevention in older age : a focus group study in the Netherlands.**

Van Peet et al.

- Nécessité pour les MG d'avoir un support pour pouvoir expliquer leur incertitude au patient.
- Utiliser la **décision médicale partagée** est un moyen de réduire l'incertitude.
- **ACP** : adapter la mise en place d'un traitement aux caractéristiques du patient, notion de **soins hautement personnalisés**.
- Pas de certitude sur les conséquences d'une poursuite ou d'un arrêt de traitement.

Etude 22 : **Antibiotics to "at-risk" children with influenza-like illness in primary care : qualitative study.** Ashdown et al.

Facteurs intrinsèques à la relation

- **Connaissance** du patient : ses antécédents, sa présentation actuelle, son niveau d'éducation.
- Notion de confiance dans la **relation médecin-patient** (ici médecin-parents), nécessité de s'adapter aux attentes des patients > **capacité d'adaptation**
- Notion de **confiance en soi** pour le médecin, son expérience et ses capacités
- **L'impression globale** que laisse le patient au MG est plus importante que le diagnostic.
- Le **gut feeling** participe à la prise en charge, il influence la décision.
- Les attentes du patient que perçoit (ou croit percevoir) le MG influence sa décision thérapeutique.

Facteurs extrinsèques à la relation

- Ressources disponibles = les moyens à disposition, l'existence d'une structure de **soutien** (hôpital, MMG)

La tolérance à l'incertitude est une des **compétences-clés** à acquérir pour le MG.

Etude 23 : **Clinical decision making in a high-risk primary care environment : a qualitative study in the UK.** Balla et al.

- Influence de l'environnement sur la décision
- Notion de **sécurité** du patient, de **filet de sécurité**, nécessité de connaître ses antécédents
- En situation d'urgence, gestion de l'absence de suivi difficile.
- Notion de **drapeaux rouges** à éliminer avant toute chose
- **Éliminer les diagnostics de gravité** est plus important que de chercher à poser un diagnostic précis.
- Difficulté d'être suffisamment **confiant** pour arrêter les investigations, pour se faire : être certain d'avoir éliminé les cas graves, avoir répondu aux attentes du patient, avoir mis en place un filet de sécurité.
- Notion que la façon dont est mené l'**apprentissage** (au cours de la formation) module le niveau de confiance en soi (expériences traumatiques ou au contraire valorisantes)

Etude 24 : **« I can't find anything wrong : it must be a pulmonary embolism » : diagnosing suspected pulmonary embolism in primary care, a qualitative study.** Barais et al.

- Se fier au **gut feeling** aux premières étapes du processus diagnostique est insuffisant. Il faut savoir utiliser les scores lorsqu'ils sont disponibles.
- Le **gut feeling** a une meilleure spécificité (probabilité que le patient ne soit pas malade si le sens de la ré-assurance est activé) que la première impression clinique
- Notion que l'anxiété du patient et le sens de l'alarme du médecin guident le processus décisionnel.
- Les MG accordent plus d'importance à l'identification des vrais positifs qu'à celle des faux négatifs.
- Nécessité de mobiliser le raisonnement analytique face à des cas difficiles. Le sentiment **qu'une situation est complexe active le sens de l'alarme** du MG. C'est ce sens de l'alarme qui force le MG à sortir de son raisonnement de routine et à activer un mode de raisonnement analytique.
- Le savoir médical découle de l'expérience et du contexte.

Etude 25 : **Factors influencing prescribing of fall-risk-increasing drugs to the elderly : a qualitative study.** Bell et al.

- Difficulté de stopper une thérapeutique en raison de ses effets indésirables, **craintes des conséquences** de la diminution de dose ou de l'arrêt d'un traitement recommandé.
- Difficulté d'appliquer l'EBM et les recommandations en médecine générale.
- **Manque de temps** pour donner les explications nécessaires, pour réévaluer les traitements.
- Nécessité de plus de **décision médicale partagée**, de **travail en équipe**.
- Un **soutien** à la dé-prescription serait utile (les MG apprécient les courriers de sortie d'hospitalisation qui suggèrent des arrêts de traitement).

Etude 26 : **Ethical principles and the rationing of health care : a qualitative study in general practice.** Berney et al.

- Décision guidée par l'**évaluation des priorités de soin** sur des critères psychologiques et sociaux.
- Décision rendue difficile quand le MG n'est **pas d'accord avec le patient** sur l'urgence de la situation ou la nécessité d'un traitement particulier.

- Facteur intrinsèque : **facteurs psychosociaux** = un patient insistant avec un bon niveau social et une bonne élocution obtient plus facilement gain de cause pour une demande injustifiée.
- Facteur extrinsèque : décision perturbée par le sentiment d'être en **porte-à-faux** : MG gardien des ressources d'un côté, défenseur du patient de l'autre. Fossé entre théorie et pratique. Le MG n'est pas la personne qui doit décider du niveau de priorité du patient pour l'accès aux soins.
- Décision d'adresser le patient dépend des **contraintes temporelles** et de la **charge de travail**. Difficulté de maintenir une égalité entre les patients, une prise en charge reproductible (chaque patient est différent, les contraintes sont différentes en fonction du temps).
- Difficulté d'appliquer les principes **éthiques** au vu des **conditions de travail** des MG.

**Etude 27 : Managing uncertainty : a qualitative study of GPs' views on the diagnosis and immediate management of transient ischaemic attack and the potential of a diagnostic tool. Bose et al.**

- Incertitude du diagnostic et de la prise en charge liée à des symptômes vagues et ambigus. Les patients ont du mal à exposer leurs symptômes d'une façon claire et compréhensible pour les médecins.
- Quand le MG ne parvient pas à se rassurer, adresser le patient est une réaction à l'incertitude.
- Examens complémentaires inutiles, procédures invasives inutiles, hospitalisations inutiles en réponse à l'incertitude et à la crainte de conséquences médico-légales.
- Les MG souhaitent obtenir un outil diagnostique fiable pour le diagnostic (des AIT/AVC) qui permettrait d'établir des niveaux de risque, avec des seuils pour adresser les patients, et qui leur fournirait une certaine protection légale en cas d'erreur. **Principe de précaution.**

**Etude 28 : Management of diagnostic uncertainty in children with possible meningitis: a qualitative study. Brennan et al.**

- Décalage entre la théorie et la pratique pour poser un diagnostic (de méningite).
- En l'absence de signes cliniques francs de méningite, la présentation du patient (ici l'enfant), par rapport à sa présentation habituelle, était la plus importante (l'enfant « n'a pas l'air bien »). **Face à un enfant fébrile, la priorité n'est pas de poser un diagnostic mais de différencier une maladie bénigne d'un cas sévère.**
- Les MG prennent en compte le **degré d'inquiétude des parents**. Importance de communiquer les **signes de gravité (drapeaux rouges)** à surveiller aux parents.
- En situation d'incertitude, les MG préfèrent ne pas administrer d'antibiotique (sentiment de manque de compétence pour le faire, **risque de retard à la prise en charge**).
- Algorithmes décisionnels et recommandations dépersonnalisent la relation médecin-patient, sous estiment la méthode intuitive et l'expérience.

**Etude 29 : Clinical influences on antibiotic prescribing decisions for lower respiratory tract infection : a nine country qualitative study of variation in care. Brookes-Howell et al.**

- L'examen clinique guide la décision de prescription (antibiotique), de même que les antécédents, les comorbidités, l'âge, la connaissance et l'impression générale donnée par le patient.
- **L'impression générale donnée par le patient l'emporte** sur les éléments cliniques.
- Les MG s'appuient également sur la probabilité de tel ou tel diagnostic.
- Apporter un diagnostic précis est moins important que d'évaluer la gravité du cas.
- Les tests de diagnostic rapides constituent une aide mais ne permettent pas toujours de lever le doute (risque de traiter un résultat biologique plutôt que le patient lui-même).
- Les MG développent des stratégies diagnostiques personnelles, qui s'appuient sur un **faisceau d'arguments** qui leur semblent pertinents, plutôt que sur un signe clinique isolé. Notion de travail de **détective**.

**Etude 30 : A qualitative study exploring variations in GPs' out-of-hours referrals to hospital. Calnan et al.**

- C'est le **niveau de tolérance au risque** (et la confiance en lui) du MG qui conditionne(nt) le taux de patients adressés pour hospitalisation. L'incertitude concerne à la fois les **conséquences pour le patient** et le MG. Les MG qui ont un seuil de tolérance au risque haut sont plus **confiants** dans leurs compétences pour leurs prises de décisions et **moins inquiets après avoir pris leur décision**.
- Le **risque** est présent dans toutes les décisions. Les situations d'incertitude doivent être traitées avec **prudence**.
- Les MG qui ont une tolérance au risque plus élevée sont, dans cette étude, des hommes **plus âgés** que les autres participants de l'étude et ayant **plus d'expérience** > **suggère que l'expérience (et la confiance) améliore(nt) la tolérance à l'incertitude**.
- **Manque de connaissance du patient** augmente l'incertitude. Les conditions de vie (état du logement, situation sociale, entourage, aidants) influencent la décision des MG.
- **Nécessité de mettre en place un accès à des demandes d'avis spécialisés** sans pour autant devoir faire hospitaliser les patients.
- Craintes de **poursuites médico-légales** si une « mauvaise » décision est prise. Poids des expériences négatives passées (procès). Nécessité de **soutenir les MG** dans leurs décisions. **Nécessité d'un retour sur prise en charge**.
- Nécessité d'avoir accès à un **deuxième avis**.
- Les facteurs organisationnels, la temporalité de la consultation jouent un rôle dans la décision.

**Etude 31 : EXCLUE**

**Etude 32 : Inside the fitness for work consultation : a qualitative study. Cohen et al.**

- Incertitude qui concerne le rôle du MG quand il s'agit d'évaluer la santé au travail. Difficulté de négocier avec le patient quand on ne connaît pas ses attentes. **Nécessité d'améliorer les techniques de communication des MG**.
- Décider **au mieux pour le patient (ACP)**, dans sa situation, en tenant compte de son contexte social et psychologique.
- Les **opinions personnelles du MG** influencent sur leur décision. Ici, il ne fallait pas être sur la défensive de manière à pouvoir explorer les inquiétudes du patient (**réflexivité sur sa pratique ?, se remettre en question ?**).
- **Conditions de travail** dans le cabinet et **temporalité** influencent la prise en charge.

**Etude 33 : Factors affecting general practitioners' decisions about plain radiography for back pain : implications for classification of guideline barriers - a qualitative study. Espeland et al.**

- **Le souhait du patient est souvent différent de la perception qu'en a le MG**.
- La prise de décision (prescription d'examen complémentaire) dépend de la relation de **confiance médecin-patient**, et du **temps** disponible.
- Prise de décision d'examen complémentaire en fonction des **pressions** externes (autres professionnels de santé, paramédicaux, sécurité sociale...)



- L'incertitude des MG dépend des **critères cliniques**, du niveau d'**anxiété** des MG, de leurs **compétences** et de leur  **Crainte d'un procès**.
- Notion de **dignité professionnelle** : faire du travail acceptable.
- Les MG demandent des examens complémentaires (radios) dans le but de réduire leur incertitude (confirmer/infirmer un diagnostic).

**Etude 34 : GPs' understanding and practice of safety netting for potential cancer presentations : a qualitative study in primary care. Evans et al.**

- Les MG appliquent un **filet de sécurité** pour sécuriser une prise en charge, mais modulent leur approche **en fonction du patient** (capacité du patient à appliquer les conseils de son MG). **ACP**.
- La mise en place d'un filet de sécurité dépend du degré de suspicion de cancer par le MG, de ses caractéristiques (expérience) et de facteurs externes (**charge de travail**, pression du **temps**)
- Notion que les patients (qui en sont capables/**évaluation du patient**) doivent prendre la responsabilité de leur propre suivi > **responsabiliser les patients**. Problème avec les patients qui ne sont pas connus du MG > **nécessité de bien connaître son patient**.
- Les patients doivent quitter la consultation avec des informations claires > **compétences en communication**.
- Assurer la mise à disposition de l'information pour les confrères (pour les cabinets de groupe qui partagent la patientèle, pour les remplaçants). **Précision des dossiers > compétence à partager l'information**. **But médico-légal**.
- Différence de prise en compte de l'incertitude en fonction du statut (titulaire/remplaçant) > un remplaçant appliquera un filet de sécurité plus strict ou fera hospitaliser le patient plus rapidement afin d'être certain de la continuité du soin. **Nécessité d'une transmission entre confrères en cas d'absence**.

**Etude 35 : Barriers to accurate diagnosis and effective management of heart failure in primary care : a qualitative study.**

**Fuat et al.**

- (cas d'un pays (Angleterre) où des salles d'échographie sont mises à disposition pour les MG > **incertitude quant à l'utilisation et l'interprétation des échographies**)
- En situation d'incertitude, notion de crainte des MG d'adresser les patients pour des avis spécialisés de peur de surcharger les services.
- Le diagnostic (de l'IC) s'appuie sur des techniques spécialisées auxquelles les MG n'ont pas accès, il faut adresser les patients aux spécialistes, mais **les MG voudraient être certains, AVANT même de les avoir adressés, d'adresser les patients réellement atteints d'IC pour ne pas surcharger le système, dans un contexte de difficulté d'accès aux examens complémentaires ?** (mon interprétation) « Les avancées en science ont dépassé les capacités du système de soin ».
- De bonnes relations avec les confrères spécialistes sont cruciales = **bonne communication entre soins primaires et soins spécialisés**.
- L'EBM, les recommandations, évoluent à une telle vitesse qu'il est difficile de se mettre à jour pour les MG.

**Etude 36 : Could it be colorectal cancer ? General practitioners' use of the faecal occult blood test and decision making - a qualitative study. Högborg et al.**

- Les résultats de l'hémocult ont moins de poids que l'histoire clinique du patient > **l'histoire clinique est plus importante que les examens complémentaires**.
- Une écoute attentive du patient inclut le risque de se faire influencer par l'interprétation qu'a le patient de ses symptômes > **rester objectif**. **Importance du dialogue avec le patient**.
- **Le plus important** : l'intérêt du patient et sécuriser la prise en charge.
- Nécessité de connaître le patient et son histoire, mais également risque, dans la continuité des soins, de **sous-estimer les symptômes** d'un patient qui consulte fréquemment pour des symptômes mineurs.
- L'amélioration des connaissances et de l'expérience n'apporte pas plus de certitude mais plus de prudence et d'humilité.
- **L'incertitude ne s'améliore pas avec le temps** : l'expérience personnelle conduit les MG à plus de prudence/humilité au sujet des patients à adresser aux spécialistes. « **Les MG apprennent à vivre avec la certitude que rien n'est certain** ». Le *gut feeling* évolue avec le temps, et les MG apprennent à repérer les patients qui minimisent leurs symptômes.
- Pour gérer l'incertitude, les MG demandent des **examens complémentaires**, font des **recherches**, impliquent le patient dans la décision (DMP), prennent le **temps** de réfléchir, mettent en place un **filet de sécurité**, échangent avec les **pairs**, demandent des **avis spécialisés**.

**Etude 37 : Barriers to diagnosing and managing hypertension. A qualitative study in Australian general practice.**

**Howes et al.**

- « *primum non nocere* » : les MG mettent en balance les recommandations et l'**ACP**. **L'approche est centrée sur la personne et non sur la maladie**.
- La **relation médecin-patient** est essentielle pour guider la prise en charge.
- Importance des caractéristiques du patient (âge, sexe, comorbidités, métier, motivation, conditions socio-économiques, personnalité)
- **L'impression que donne le patient, et l'interprétation du MG des souhaits** du patient et de sa motivation modulent également la décision diagnostique ou thérapeutique.
- Manque de **temps** pour une bonne communication médecin-patient. Manque de moyens (appareils d'automesure de la PA).
- Manque de communication avec les spécialistes.
- Dans les soins de prévention, il est difficile d'accepter les effets secondaires d'un traitement quand il n'y a pas de moyen d'être certain des événements indésirables que l'on empêche.
- Il faut **se fixer des objectifs de traitement** atteignables et **adaptés au patient (ACP)**
- Les internes ont le sentiment de manquer de connaissances et d'expérience.

**Etude 38 : Delayed prescribing for upper respiratory tract infections : a qualitative study of GPs' views and experiences.**

**Hoye et al.**

- Prescription différée d'antibiotique dans le cadre de la **décision médicale partagée** et de l'éducation du patient, ou dans les situations inconfortables (veille de week-end, vacances). Uniquement dans certaines situations définies (OMA, sinusite aiguë).
- Adaptée au niveau de **compréhension** du patient, dans l'intérêt du patient > **ACP**. Les attentes du patient influencent la décision du médecin. Importance de l'information du patient, d'une bonne **communication** avec le patient.
- Notion de **laisser le temps au temps (wait and see)**
- Attitude retenue par les MG uniquement pour leurs patients connus et suivis par eux (importance de la **connaissance du patient** et du **suivi-soins continus**)

**Etude 39 : EXCLUE**

**Etude 40 : General Practitioners' Decision Making about Primary Prevention of Cardiovascular Disease in Older Adults : A Qualitative Study. Jansen et al.**

- Nécessité d'adapter la prise en charge (/les recommandations) aux conditions du patient (âgé, en forme, polyopathologique) pour certains MG.
- La décision médicale partagée comme moyen de faire avec les incertitudes de prise en charge des patients âgés. **Les préférences du patient étaient mises en avant.**
- Manque de recommandations adaptées à la population âgée polyopathologique.
- Le MG évalue son patient et adapte sa prise en charge à l'évaluation qu'il fait, avec le risque de surestimer la fragilité d'un patient âgé et de ne pas traiter ses risques cardiovasculaires.

**Etude 41 : Psychiatry out-of-hours : a focus group study of GPs' experiences in Norwegian casualty clinics. Johansen et al.**

- **Manque de moyens** pour gérer des situations avec un haut degré d'incertitude.
- Incertitude technique, personnelle et conceptuelle (beresford) encore plus prégnante pendant les horaires de garde et avec les patients psychiatriques.
- Problème du **manque de temps** en garde pour gérer des situations complexes qui est un facteur de stress pour prendre des décisions.
- Problème du **manque de connaissance** du patient, **pas d'information sur les antécédents, pas d'alliance thérapeutique.**
- L'incertitude conduit à la crainte de conséquences dramatiques. La peur des conséquences dramatiques semble diminuer avec l'expérience, mais l'incertitude ne diminue pas avec l'expérience.
- **L'intolérance à l'incertitude prédit une attitude négative du MG face aux patients hypocondriaques, gériatriques ou douloureux chroniques.**
- **Manque de soutien**, nécessité d'avoir un **avis spécialisé.**

**Etude 42 : Improving long-term adherence to statin therapy : a qualitative study of GPs' experiences in primary care. Krüger et al.**

- **Impliquer le patient dans la décision de traitement** et lui laisser la responsabilité de son choix. Notion de la crainte que les patients stoppent leur traitement du fait de l'effet nocebo. **Importance de l'éducation thérapeutique** du patient, de **l'entretien motivationnel.**
- **Faire des compromis** : le plus important est que le patient adhère au traitement plutôt que d'atteindre les objectifs-cibles. **Soins centrés sur le patient.**
- Les patients qui arrêtent leur traitement étaient peu convaincus de son efficacité et moins bien informés > importance de la communication médecin-patient.

**Etude 43 : GPs' experiences of diagnosing and managing childhood eczema : a qualitative study in primary care. Le Roux et al.**

- Décalage entre la théorie (formation et connaissances) et la pratique.
- Une mauvaise information du patient/parent conduit à des consultations plus fréquentes qui représentent un coût certain.
- Impression que la formation en dermatologie pour les MG est insuffisante.
- Lorsque les MG ont des réserves sur un traitement bien qu'il soit indiqué, les parents peuvent le ressentir.
- **Difficulté pour les MG de récupérer des informations sur les traitements précédents (les parents/patients oublient les noms des traitements qu'ils ont eus).**

**Etude 44 : Facilitators and barriers in the diagnostic process of vulvovaginal complaints (vulvodynia) in general practice : a qualitative study. Leusink et al.**

- Problématique du genre pour traiter des problèmes de santé d'ordre sexuel. Gêne pour interroger des patients du sexe opposé sur leur santé sexuelle.
- **L'incertitude réveille un sentiment d'inconfort, d'incompétence et de frustration.**
- Intérêt de créer une alliance thérapeutique.
- Nécessité d'une formation sur les symptômes médicalement inexpliqués.
- Manque de connaissance et sentiment d'incompétence sont des freins au diagnostic.

**Etude 45 : Patient pressure for referral for headache : a qualitative study of GPs' referral behaviour. Morgan et al.**

- Les avis spécialisés sont demandés en réponse à une incertitude de la part du MG ou sous la pression du patient.
- La demande d'avis dépend de la confiance en soi du MG, de sa tolérance à l'incertitude, de l'attente qu'ont les MG d'un avis spécialisé.
- Parfois le fait de demander un avis a un but thérapeutique pour le patient. **Parfois pour que le MG se rassure lui-même.**
- **Le filet de sécurité est utilisé par les MG : re-convoquer les patients pour réévaluation.**
- La rapidité à répondre à la demande du patient pour obtenir un avis, de même que l'incertitude sont des facteurs prédictifs de prescription en l'absence de signes cliniques évidents.
- **Le fait d'adresser le patient était parfois lié à l'intuition subjective que quelque chose n'allait pas. Il était parfois lié au fait d'avoir eu connaissance d'une erreur diagnostique d'un confrère.**
- Il est important de faire préciser au patient sa demande, ses interrogations et ses attentes afin de limiter l'incertitude liée au patient du MG.
- Intérêt de pouvoir demander rapidement un avis à un confrère, une structure spécialisée de proximité, un cabinet d'imagerie.

**Etude 46 : Statins for primary prevention in patients aged 75 years and more : lack of evidence and shared decision. Pavageau et al.**

- La prise de décision se rapproche des **concepts de l'EBM : données actuelles de la science, préférences et comportement du patient, circonstances et situation clinique.**
- Lorsqu'il n'y a pas de recommandations existantes, les MG utilisent d'autres **déterminants décisionnels** (ils s'appuient sur leur expérience, le point de vue du patient et les facteurs externes (environnement)). **La décision de prescription tient compte du patient et de la relation avec le médecin. L'influence du MG est supérieure à celle des médias** quand une relation de confiance est établie.
- Nécessité de **communiquer** avec le patient, de l'informer de toutes les options qui s'offrent à lui, y compris celle de s'abstenir.
- Importance du **cadre médico-légal et éthique** lorsque de la prescription.



**Etude 47 : General Practitioners' Experiences of, and Responses to, Uncertainty in Prostate Cancer Screening : insights from a Qualitative Study. Pickles et al.**

- Notions d'**incertitude probabiliste** (importance de prendre en compte les conséquences multiples d'une décision de réaliser un dosage du PSA), d'**incertitude liée à l'ambiguïté** (incapacité de distinguer une maladie agressive d'une maladie non agressive avec le dosage du PSA) et d'**incertitude liée à la complexité** des patients (comorbidités)
- Difficulté de gérer l'incertitude quand les recommandations s'opposent. Les MG aimeraient avoir plus de guides décisionnels clairs applicables à la MG.
- Prendre en charge l'incertitude fait partie des tâches quotidiennes des MG. Les MG ne partagent pas cette incertitude avec le patient car ils estiment qu'il n'a pas les capacités de comprendre une information complexe, et décident pour lui.
- **Partager l'incertitude pour mieux la gérer** : impliquer d'autres professionnels, ou le patient.
- Transférer l'incertitude sur quelqu'un d'autre (urologue, biologiste, système de santé) quand on ne peut pas la supporter.
- L'incertitude est une **source de stress et d'anxiété pour de nombreux patient**, la relation médecin-patient basée sur la confiance mutuelle est plus importante pour le patient qu'un échange détaillé d'informations.
- **Dans le respect du patient, il faut lui révéler l'incertitude lorsqu'elle existe, même s'il n'est pas possible d'obtenir son consentement ou une prise de décision médicale partagée.**

**Etude 48 : Family physicians and dementia in Canada Part 2. Understanding the challenges of dementia care. Pimlott et al.**

- Les MG adressent les patients aux spécialistes pour confirmer leur diagnostic de démence même lorsque celui-ci est robuste, afin d'en obtenir la certitude. Notion du développement d'un **sens de la sécurité** qui conduit les MG à adresser les patients aux spécialistes pour réduire leur niveau d'incertitude. Les MG qui ont un seuil de tolérance à l'incertitude bas adressent plus les patients aux spécialistes.
- Les MG **adaptent leurs décisions et prises en charges** au patient (**ACP**) plutôt que de compter sur des algorithmes. Les MG voient l'individu dans sa globalité plutôt que la somme de petites parties(/organes). **Les MG pensent leur travail en termes de relations, et non en termes de maladie.**
- Le manque de temps est une barrière au diagnostic de démence.
- Les MG doivent s'adapter à des conditions d'incertitude qu'ils ont peut-être aidées eux-mêmes à créer.
- **Connaitre le patient et sa famille** est une force de la MG.
- **Nécessité de soutenir le MG** lors du diagnostic de démence (support diagnostique et supports de prise en charge)

**Etude 49 : General practitioners' experiences with out-of-hours cardiorespiratory consultations: a qualitative study. Schols et al.**

- Le stress et l'incertitude mènent à un **comportement défensif**.
- Les MG ne gèrent pas les situations similaires (ici symptômes cardio-respiratoires) de la même façon dans leur cabinet, et en horaires de garde.
- Seuil pour adresser les patients et demander des examens complémentaires plus bas (donc tolérance à l'incertitude plus basse) en horaires de garde.
- **L'absence ou le peu de connaissance** du patient (qui complexifie l'évaluation de son état actuel), et **l'absence de relation médecin-patient** pré-établie (qui rend plus difficile l'explication de la prise en charge ou celle d'une erreur diagnostique) complique le diagnostic. Impossible de constater une évolution clinique chez un patient inconnu.
- Pendant les horaires de garde, les MG s'appuient moins sur leur *gut feeling*, et plus sur les éléments objectifs (alors que d'autres études ont montré le contraire pour les patients se présentant avec une douleur thoracique pendant les horaires habituels d'ouverture du cabinet).
- Appréhension de commettre une **erreur diagnostique fatale**. Peur des **conséquences médico-légales**. Sentiment que les patients sont de plus en plus demandeurs d'examen complémentaires et sont moins enclins à tolérer les erreurs médicales que par le passé.
- Les MG ont besoin de **plus de temps**, d'un **accès à un avis spécialisé** rapide (cardiologue), de la **mise à disposition du dossier du patient**, que le personnel infirmier puisse trier les patients (mais soumis à la même incertitude). La question des **examens complémentaires** est mitigée : certains MG les considèrent comme nécessaires et permettant de lever le doute, d'autres craignent d'être obligés d'y recourir ou de faire des sur-diagnostic.

Etude 50 : EXCLUE

Etude 51 : EXCLUE

**Etude 52 : GPs' views in five European countries of interventions to promote prudent antibiotic use. Tonkin-Crine et al.**

- Pouvoir discuter et comparer ses habitudes de prescription à celles de ses confrères est un atout pour les MG et les rassure.
- Les tests de diagnostic rapide sont un outil pratique utile pour le MG pour expliquer ses décisions au patient.
- Les recommandations sont sécurisantes quand elles sont adaptées, et permettent parfois au MG de soutenir sa décision au patient.
- Les MG manquent parfois de confiance dans certaines recommandations.

**Etude 53 : Primary care management of headaches and how direct-access MRI fits : a qualitative study of UK general practitioners' views. Underwood et al.**

- Notion de **responsabilisation du patient** dans ses soins.
- L'accès à des examens complémentaires tels que l'imagerie cérébrale est un facteur de **ré-assurance** pour les MG comme pour les patients.
- La **tolérance à l'incertitude** des MG est modulée par les années d'**expérience** et la **confiance en soi** du MG.
- L'**expérience** et la **confiance en soi** conditionnent la demande d'avis spécialisé des MG, la demande d'examen complémentaires ou la réévaluation clinique.
- L'**attitude des MG** est guidée par les mauvaises expériences passées. **Craintes médico-légales.**
- Problème d'interprétation des compte-rendus d'imagerie cérébrale et de conduite à tenir.
- Nécessité d'avoir une bonne **communication** avec le radiologue/d'échanger.
- Envisager une meilleure formation en neurologie pour contrer la neurophobie (manque de confiance en soi du MG vis-à-vis des symptômes neurologiques).
- **L'incertitude du MG est influencée par l'incertitude du patient.**

Etude 54 : **What do tests do for doctors ? A qualitative study of blood testing in UK primary care. Watson et al.**

- Demander des analyses pour un autre motif qu'un motif exclusivement médical (diagnostique, thérapeutique) peut être tout à fait **rationnel et légitime**. Cela peut être vu comme un **soin à part entière** (montrer aux patients que l'on fait qqch pour eux). Cela semble plus facile pour le MG que de ne « rien » faire. Cependant les patients préfèrent les explications et un soutien émotionnel.
- La demande d'examen biologiques est aussi un moyen de **ré-assurance** en situation d'incertitude, dans un contexte d'aversion du risque et d'une anxiété pour sa santé.
- La demande d'examen biologiques est un moyen de réponse aux **symptômes médicalement inexpliqués** (souvent des batteries d'analyses basées sur les habitudes de prescription et l'expérience).
- Une pression exercée par le patient peut conduire le MG à établir une prescription de médicaments ou d'examen complémentaires. Il est possible que **les MG interprètent mal l'anxiété des patients** et l'attribuent à une volonté de pression pour des analyses > **importance du dialogue médecin-patient, et pour le MG, de la réflexivité sur sa propre inquiétude, son anxiété et son incertitude.**
- Les examens complémentaires (ici les analyses) sont vus comme pourvoyeurs de vérité, de diagnostic précis, **de certitude** (faire la distinction entre ce qui est réel et ce qui est « dans la tête ») et les MG alimentent parfois cette croyance des patients alors qu'ils savent **que les examens ne permettent pas forcément d'obtenir des réponses claires** et définitives. Les patients reconnaissent qu'ils veulent surtout des **explications et un soutien émotionnel** > **importance de la communication et de la relation médecin-patient.**
- L'incertitude psychologique conduit à l'installation un **cercle vicieux** : des analyses peu concluantes conduisent à réaliser de nouvelles analyses, toujours pour lutter contre l'incertitude. Les analyses sont réalisées pour lutter contre l'incertitude et l'anxiété, puis deviennent en elles-mêmes pourvoyeuses d'incertitude et d'anxiété en cas de résultats anormaux.
- **Des craintes médico-légales, un antécédent d'erreur diagnostique, être jeune médecin (interne) ou prendre en charge un patient inconnu** étaient des facteurs d'incertitude.

Etude 55 : **Junior doctors' experiences of managing patients with medically unexplained symptoms : a qualitative study. Yon et al.**

- Nécessité d'**améliorer la formation** des internes : les internes se sentent **impuissants** face aux symptômes médicalement inexpliqués. Les internes réclament des « groupes de pairs » pour apprendre à faire face à ces symptômes. **Ces symptômes réveillent des sentiments négatifs chez les internes (frustration, agacement, anxiété, confusion).**
- L'incompétence et l'inconfort face aux symptômes médicalement inexpliqués sont **ressentis par tous les médecins, à tous les stades de leur carrière.**
- Afin de lutter contre ces sentiments, les MG ont le réflexe de prescrire des examens complémentaires (inutiles et coûteux). **Peur de l'erreur diagnostique.**
- **Nécessité d'apprendre à séparer le sentiment d'incertitude du sentiment d'incompétence.**
- Voir le patient comme une **entité globale** plutôt que de séparer le corps et l'esprit/mental. Les symptômes médicalement inexpliqués ne sont pas considérés comme un motif valable de consultation par les médecins, qui méritent qu'on y passe du temps (surtout aux urgences, où la **pression du temps** est importante). Un modèle de formation négatif vis-à-vis de ces symptômes influence l'attitude et la façon des internes de les prendre en charge. Difficulté pour les internes de s'opposer au modèle de prise en charge et de proposer des alternatives. **Manque de temps pour discuter avec ces patients**, décrits comme ayant besoin de plus d'attentions.
- **Accepter de ne pas avoir d'explication à ces symptômes.**
- Développer des compétences en communication.

Etude 56 : **Observations of evidence-based medicine in general practice. Zwolsman et al.**

- L'EBM est rarement mentionné clairement dans les consultations.
- Le MG ne fait pas part systématiquement de son raisonnement clinique au patient de façon explicite, malgré la connaissance de la notion de décision médicale partagée.
- L'approche EBM se justifie surtout dans les situations où les bénéfices et les risques doivent être évalués, ou dans des situations complexes.
- L'approche EBM **nécessite du temps**, pas toujours disponible en consultation. Le MG s'appuie sur sa **connaissance antérieure du patient** afin de ne pas avoir à réévaluer chaque problématique de son patient dans son intégralité à chaque consultation.
- Les MG font ce qu'ils pensent être le mieux pour le patient sans tenir compte explicitement des préférences du patient. **Ils partagent rarement leurs propres préférences/expérience avec le patient.** > **nécessité de favoriser la communication médecin-patient et la décision médicale partagée.**
- Les MG sont plus enclins à utiliser la DMP quand ils sont en situation d'incertitude, afin de **partager la responsabilité de la décision avec le patient.**
- Tous les patients ne souhaitent pas prendre part aux décisions les concernant. Nécessité de responsabiliser le patient sur sa santé. Nécessité de **communiquer aux patients les informations** sur les traitements pour qu'ils puissent donner leur avis.
- **Les MG se font parfois une idée fautive du souhait du patient.**
- En situation de **perception d'un danger imminent** pour la santé du patient, le MG ne tient **pas compte des préférences du patient**. **Les préférences du patient ont une importance limitée.**
- Les bases des connaissances des MG leur semblent parfois peu claires. Intérêt du **partage de connaissances et d'expérience avec les pairs** permettraient plus de clarté sur les connaissances mobilisées par les MG dans leurs prises de décision.
- Les expériences antérieures (traitement qui a fonctionné) du MG avec d'autres patients jouaient un rôle dans la décision, même en l'absence de preuve scientifique.

Etude 57 : **"This glorious twilight zone of uncertainty" : Mental health consultations in general practice in New Zealand. Dew et al.**

- Les MG sont influencés par les habitudes de pratique, les facteurs socio-économiques, les problèmes médico-légaux et la dynamique de la consultation.
- Notion de satisfaction professionnelle de pouvoir gérer des situations complexes quand l'incertitude est maîtrisée.
- Les MG évaluent la façon dont le diagnostic va être perçu par le patient avant de nommer un diagnostic psychiatrique. **Les MG ressentent moins de pression médico-légale pour les diagnostics psychiatriques. La priorité est toujours donnée aux symptômes physiques sur les symptômes psychiatriques.**
- Les MG ne voient pas forcément l'incertitude comme un élément négatif de leur pratique. Elle n'est pas liée à leurs compétences cliniques > **différencier le sentiment d'incertitude du sentiment d'incompétence.**

- L'incertitude est liée à la **reconnaissance de la complexité et à une vue globale du patient**.
- Existence de tensions dans la relation médecin-patient, auxquelles le MG répond soit par une approche centrée sur la maladie, le traitement ou le **patient** (celle à privilégier).
- Écoute et empathie sont des ressources pour le MG dans les situations d'ambiguïté et d'incertitude > **approche centrée patient**. Consultation satisfaisante = consultation au cours de laquelle les patients peuvent s'exprimer.
- Les interactions médecin-patient ne peuvent être réduite à un protocole ou un équipement technique.

**Etude 58 : Facing uncertainty as a medical student—A qualitative study of their reflective learning diaries and writings on specific themes during the first clinical year. Nevalainen et al.**

- L'incertitude est un **thème majeur** du parcours des étudiants en médecine, cause d'une pression mentale importante. Ils ont conscience que l'incertitude fait partie du travail de médecin mais la tolèrent.
- **L'intolérance à l'incertitude est plus grande au cours de l'internat** que pendant l'externat.
- Peur de faire des **erreurs**.
- La tolérance à l'incertitude est une **compétence à acquérir**.
- Les externes évoluent vers une plus grande maîtrise de leur ressenti et de leur perception de l'incertitude avec le temps.
- **Adopter une attitude réflexive** dès l'externat facilite l'apprentissage.
- **Accepter de ne pas tout savoir > accepter ses limites, faire de son mieux.**

**Etude 59 : EXCLUE**

**Etude 60 : Challenges and strategies for general practitioners diagnosing serious infection in older adults : a UK qualitative interview study. McKelvie et al.**

- L'incertitude est liée à la complexité du patient, aux polyopathologies et à la polymédication.
- Les patients âgés sont un défi et constituent des patients atypiques : l'interrogatoire et les signes vitaux ne sont pas toujours des éléments sur lesquels on peut compter.
- Importance de la relation MG-patient qui permet de connaître le patient et son état de base afin de détecter les modifications **ACP et EBM**.
- L'incertitude est liée au manque de connaissance du patient.
- **Importance de la continuité des soins** et de la continuité relationnelle pour bien connaître le patient. Importance de la relation MG-patient au long cours.
- La charge de travail et le temps partiel seraient des freins à une bonne continuité des soins. = **charge de travail et temps partiels sont des freins à la connaissance et au bon suivi du patient**.
- Importance du point de vue de la famille, des proches et des aidants pour évaluer le patient.
- Importance d'améliorer les connaissances des patients.
- Importance d'améliorer les procédures de prise de rdv en soins primaires.
- **Gut instinct = gut feeling** : l'impression que donne le patient au MG prime sur les signes cliniques, un signe clinique négatif n'est pas pris en compte, il faut réévaluer le patient.
- Les scores cliniques sont peu utilisés pour l'évaluation clinique, doute sur leur validité chez les patients âgés, mais servent **d'outil de négociation** pour faire admettre un patient en soin secondaire. Les scores cliniques servent plutôt aux jeunes MG.
- Les **examens complémentaires** sont utilisés pour prendre en compte l'incertitude, mais la clinique prime. Crainte des MG d'un **retard diagnostique** en attendant un résultat lorsque l'examen est difficile d'accès.
- Mise en place d'un **filet de sécurité** : informer le patient/son proche sur les risques d'aggravation qui doivent le conduire à rechercher une aide urgente, mise en place d'un entourage attentif si le patient ne peut pas se gérer seul.
- Importance de la **DMP**, avec le patient et/ou ses proches.
- Développer des **TDR** fiables.

**Etude 61 : General practitioners' attitudes and decision making regarding admission for older adults with infection : a UK qualitative interview study. Moore et al.**

- Importance des facteurs liés au patient (cliniques, sociaux), **prendre une décision dans l'intérêt du patient**.
- **DMP** : souhaits du patient et de sa famille, moyen de prendre moins de risques.
- Difficulté à communiquer un **gut feeling** que les constantes n'appuient pas pour demander une hospitalisation > **difficulté de justifier un gut feeling à ses pairs**.
- Craintes médico-légales de laisser à domicile un patient qui aurait nécessité une hospitalisation.
- Crainte de ne pas avoir pris la bonne décision = fardeau émotionnel pour les MG.
- **Aptitude à tolérer l'incertitude, acceptation du risque, influence des connaissances et de l'expérience**.
- Conscience que les lits d'hospitalisation sont une ressource limitée, ce qui rend le choix d'hospitaliser encore plus difficile pour certains MG.
- Nécessité de développer des solutions alternatives à l'hospitalisation conventionnelle (HAD, passages infirmiers, soins à domicile, lits d'hospitalisation locaux médicalisés par le MG), facilement accessibles et rapides à mettre en place. Nécessité qu'un médecin tiers prenne la responsabilité du patient pendant la période critique afin de soulager le MG.
- Faire hospitaliser diminue la charge de travail pour les MG.
- Nécessité de soutenir les MG, de les aider à gérer l'incertitude et le fardeau émotionnel que génèrent les prises de décision en situation d'incertitude.

**Etude 62 : How to decide adequately ? Qualitative study of GPs' view on decision-making in self-referred and physicien-referred emergency department consultations in Berlin, Germany. Oslislo et al.**

- L'intensité des symptômes, le contexte socio-économique, et l'état général du patient influencent les MG pour adresser un patient aux urgences.
- La temporalité de la consultation, selon qu'elle a lieu en fin de journée ou une veille de week-end ou jour férié, influence les MG dans leur décision d'adresser un patient aux urgences.
- La disponibilité des examens complémentaires et l'accès rapide à une consultation spécialisée influencent la décision de faire admettre le patient aux urgences.
- La réduction de l'amplitude horaire des consultations en soins primaires conduit les patients à se rendre directement aux urgences selon les MG.
- Les MG adressent parfois des patients aux urgences pour se rassurer.

Etude 63 : **General practitioners referring patients to specialists in tertiary healthcare a qualitative study. Tzartzas et al.**

- Opposition entre les situations claires et les situations complexes pour le choix d'adresser ou non le patient en consultation spécialisée.
- Limites des connaissances des MG.
- Adresser pour déléguer certaines tâches au spécialiste et se concentrer sur d'autres aspects du patient.
- Crainte du MG que la relation spécialiste-patient altère la relation MG-patient, que le patient lui fasse moins confiance ou fasse des comparaisons sur les connaissances/compétences de l'un et de l'autre / changement dans l'équilibre et la dynamique de la relation MG-patient > sentiment d'infériorité du MG, mauvaise estime de sa profession ? Influence de l'estime des patients et des spécialistes.
- Partager la décision pour partager la responsabilité entre MG et spécialistes.
- Crainte de paraître incompetent aux yeux des confrères si demandes d'avis spécialisés trop fréquentes, nécessité de **montrer que les MG peuvent gérer les choses seuls, défi personnel.**
- Nécessité d'un meilleur accès aux consultations spécialisées.
- Formation continue : utilisation de la demande d'avis spécialisé comme d'un moyen d'apprendre des spécialistes.
- Demander l'avis d'un confrère permet d'exposer la situation à un tiers et de prendre le recul nécessaire à la décision.
- Rechercher la validation de la PEC par les collègues pour soulager le stress lié à la décision
- Laisser du temps au temps, surveiller l'évolution des symptômes.
- Nécessité d'établir des recommandations internes pour adresser les patients.



## SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, 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 n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
- *Admis (e) 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 mœurs, ni à favoriser le crime.*
- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) 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 (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

## RÉSUMÉ

**L'incertitude est une composante intrinsèque de la capacité décisionnelle du médecin généraliste : métasynthèse qualitative.**

**Contexte** : L'incertitude est inhérente à l'exercice de la médecine générale. Face aux plaintes des patients, parfois multiples et vagues, le médecin généraliste peut se sentir démuni, indécis, anxieux, et doit trouver un moyen d'intégrer cette incertitude dans sa prise de décision. Cette composante a été étudiée dans diverses études qualitatives.

**Objectif** : Apporter une analyse compréhensive de l'incertitude médicale dans la prise de décision en soins premiers, à partir d'une métasynthèse qualitative.

**Méthode** : Méthode d'analyse secondaire des études qualitatives : métasynthèse de 57 études qualitatives recherchées de façon systématique sur les bases de données de médecine générale, interrogeant des externes, internes en médecine générale ou médecins généralistes exerçant en soins primaires. Évaluation de la qualité des études à l'aide de la grille CASP. Identification des thèmes-clés et « translation réciproque » permettant d'aboutir à une synthèse globale avec une nouvelle interprétation. Rédaction de la synthèse à l'aide du protocole ENTREQ, et du guide eMERge. Triangulation de l'étude par 2 chercheurs.

**Résultats** : La prise de décision par le médecin généraliste dans une situation d'incertitude a pu être comprise comme : une décision qui s'appuie sur le modèle de l'approche centrée patient, par une relation de confiance thérapeutique et en s'adaptant au patient dans sa complexité ; une décision guidée par un sentiment viscéral : le *gut feeling*, visant à écarter le danger ; une décision médicale devant être partagée, de même que l'incertitude qui l'accompagne ; une décision contextualisée, influencée par la notion de pression ; une situation conditionnant le ressenti des MG vis-à-vis des expériences vécues (manque de confiance, sentiment d'incompétence, anxiété, stress).

**Conclusion** : La décision médicale partagée avec les spécialistes, le patient et son entourage, ainsi que l'approche centrée patient permettent au médecin généraliste de réduire et de tolérer son incertitude. La tolérance à l'incertitude est une compétence intrinsèque complexe du métier de MG qui doit être enseignée au plus tôt. L'incertitude ne disparaît pas avec l'expérience mais la façon de l'appréhender peut s'améliorer par une posture réflexive et en lien avec les valeurs du médecin.

**Mots-clés** : *incertitude, prise de décision, décision médicale partagée, médecin généraliste, approche centrée patient, métasynthèse qualitative.*

**Termes MeSH** : *[incertitude]/[uncertainty], [prise de décision clinique]/[clinical decision making], [prise de décision partagée]/[decision-making, shared], [soins centrés sur le patient]/[patient-centered care], [médecins généralistes]/[general practitioners], [recherche qualitative]/[qualitative research].*