

UNIVERSITE DE LIMOGES

Faculté de Médecine

Année 2013

THÈSE N°

Gestion de l'incertitude en médecine générale Etude quantitative en Corrèze

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement

le 21 juin 2013

par

Marie PINCE

née le 04 décembre 1982, à Foix

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. le Professeur Daniel BUCHON.....Président
Mme le Professeur Martine PREVOST..... Juge
M. le Professeur Jean-Gabriel BUISSON Directeur
M. le Docteur Dominique MENARD..... Juge

UNIVERSITE de LIMOGES
FACULTE de MEDECINE

TITRES des PROFESSEURS et MAITRES de CONFERENCES des UNIVERSITES

ABOYANS Victor	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHYSIOLOGIE
ADENIS Jean-Paul	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier OPHTALMOLOGIE
ALAIN Sophie	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ALDIGIER Jean-Claude	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE INTERNE Responsable de service
ARNAUD Jean-Paul	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
AUBARD Yves	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE Responsable de service
AUBRY Karine	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier O.R.L.
BEDANE Christophe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier DERMATOLOGIE-VENERELOGIE Responsable de service
BERTIN Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier THERAPEUTIQUE Responsable de service de RHUMATOLOGIE
BESSEDE Jean-Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier O.R.L. Responsable de service
BONNAUD François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PNEUMOLOGIE Doyen Honoraire
BORDESSOULE Dominique	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEMATOLOGIE Responsable de service d'HEMATOLOGIE CLINIQUE et THERAPIE CELLULAIRE

CHARISSOUX Jean-Louis	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier RADIOTHERAPIE Responsable de service
CLEMENT Jean-Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PSYCHIATRIE d'ADULTES Responsable de service
COGNE Michel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier IMMUNOLOGIE Responsable de service
COLOMBEAU Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier UROLOGIE
CORNU Elisabeth	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROLOGIE Responsable de service
DANTOINE Thierry	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier GERATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT Responsable de service
DARDE Marie-Laure	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE Responsable de service
DAVIET Jean-Christophe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier UROLOGIE
DESSPORT Jean-Claude	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NUTRITION
DRUET-CABANAC Michel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE et SANTE au TRVAIL Responsable de service
DUMAS Jean-Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier UROLOGIE Responsable de service
ESSIG Marie	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEPHROLOGIE Responsable de service

FAUCHAIS Anne-Laure	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE INTERNE Responsable de service
FEISS Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
FEUILLARD Jean	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEMATOLOGIE Responsable de service du Laboratoire d'HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE INFANTILE Responsable de service
FUNALOT Benoît	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
GAINANT Alain	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE DIGESTIVE
GUIGONIS Vincent	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PEDIATRIE
JACCARD Arnaud	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES Responsable de service
LACROIX Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE VASCULAIRE
LASKAR Marc	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE Responsable de service Assesseur
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PEDIATRIE Responsable de service
LOUSTAUD-RATTI Véronique	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEPATOLOGIE
MABIT Christian	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANATOMIE Responsable de service d'ORTHOPEDIE-TRAUMATOLOGIE

MAGY Laurent	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROLOGIE
MARQUET Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE Responsable de service
MATHONNET Muriel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PNEUMOLOGIE Responsable de service
MERLE Louis	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHARMACOLOGIE CLINIQUE
MONTEIL Jacques	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE Responsable de service
MOREAU Jean-Jacques	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROCHIRURGIE Responsable de service Assesseur
MOULIES Dominique	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE INFANTILE
MOUNAYER Charbel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANESTHESIOLOGIE-RENIMATION Responsable de service
PARAF François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE Responsable de service
PLOY Marie-Cécile	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE Responsable de service
PREUX Pierre-Marie	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION Responsable de service du SIME Assesseur
ROBERT Pierre-Yves	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier OPHTALMOLOGIE Responsable de service
SALLE Jean-Yves	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION Responsable de service
SAUTEREAU Denis	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE Responsable de service
STURTZ Franck	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE Responsable de service
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES
TREVES Richard	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier RHUMATOLOGIE
TUBIANA-MATHIEU Nicole	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CANCEROLOGIE Responsable de service
VALLAT Jean-Michel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROLOGIE
VALLEIX Denis	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANATOMIE Responsable de service de CHIRURGIE DIGESTIVE et ENDOCRINIENNE Doyen
VERGNENEGRE Alain	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier THERAPEUTIQUE
VIDAL Elisabeth	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE INTERNE
VIGNON Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier REANIMATION Responsable de service
VINCENT François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHYSIOLOGIE
VIROT Patrice	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CARDIOLOGIE Responsable de service
WEINBRECK Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MALADIES INFECTIEUSES Responsable de service
YARDIN Catherine	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

	Responsable de service
BUCHON Daniel	Professeur des Universités MEDECINE GENERALE
BUISSON Jean-Gabriel	Professeur associé à mi-temps MEDECINE GENERALE
DUMOITIER Nathalie	Professeur associé à mi-temps MEDECINE GENERALE
PREVOST Martine	Professeur associé à mi-temps MEDECINE GENERALE
AJZENBERG Daniel	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
ANTONINI Marie-Thérèse	Maître de Conférence des Universités-Praticien Hospitalier PHYSIOLOGIE Responsable de service
BOURTHOUMIEU Sylvie	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier CYTOLOGIE et HISTOLOGIE
BOUTEILLE Bernard	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
CHABLE Hélène	Maître de Conférence des Universités-Praticien Hospitalier BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
DURAND-FONTANIER Sylvaine	Maître de Conférence des Universités-Praticien Hospitalier ANATOMIE
ESCLAIRE Françoise	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BIOLOGIE CELLULAIRE
HANTZ Sébastien	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
LAROCHE Marie-Laure	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LE GUYADER Alexandre	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
MARIN Benoît	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
MOUNIER Marcelle	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE
PICARD Nicolas	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

QUELVEN-BERTIN Isabelle	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
TERRO Faraj	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BIOLOGIE CELLULAIRE
MENARD Dominique	Maître de Conférences associé à mi-temps MEDECINE GENERALE
BONNETBLANC Jean-Marie	Professeur des Universités Emérite
DENIS François	Professeur des Universités Emérite
SAUVAGE Jean-Pierre	Professeur des Universités Emérite
VANDROUX Jean-Claude	Professeur des Universités Emérite

Le 15 Janvier 2013

Remerciements

Je dédie cette thèse,

A mes parents. A toi, mon cher Papa : merci de l'image que tu nous as donné de la médecine, c'est forcément la bonne, vu le résultat ! A toi, ma chère Maman : sans ton soutien moral et logistique exceptionnel, rien n'aurait été possible. Mais au-delà des études, vous m'avez surtout offert de précieuses valeurs humaines. Pour tout ce que je vous dois, les mots ne peuvent pas suffire. Une seule chose me paraît désormais importante : que l'on puisse partager encore et toujours plus, chaque jour à venir.

A mon frère Gabriel et à ma sœur Céline. Vous m'avez supporté comme aînée (avec tout ce que ça implique d'abnégation et d'arnaques !) et rien que pour cela vous méritez déjà des remerciements. Mais je vous en dois surtout pour le bonheur immense que j'ai de vous avoir comme frère et sœur. Pour tout ce que l'on partage, pour les repères que vous êtes, pour l'entente que l'on a su construire et qui j'espère nous accompagnera toujours (indispensable pour une polyclinique n'est-ce pas ?): "Un pour tous et tous pour un" !

A Jean-Baptiste. Pour les moments difficiles que tu n'as pas trop mal encaissé (!), pour ceux, délicieux, qui m'ont permis d'avancer, et pour ta présence irremplaçable chaque jour à mes côtés, merci. Que notre chemin soit aussi long que palpitant...

A ma marraine Nicole et mon parrain Daniel. Chère marraine, tu m'as montré qu'être femme médecin était compatible avec une vie riche et épanouissante : merci ! Quel plaisir de partager cela avec toi... Cher parrain, la générosité de ton engagement humanitaire est pour moi une réelle source d'inspiration.

A mes grands-parents, qui ont fait grandir la petite-fille que j'étais, chacun à sa manière mais toujours avec bienveillance. Vous êtes mon histoire, puissiez-vous m'inspirer le meilleur.

A mes amis. Marie-Julie : merci d'avoir ensoleillé mon aventure limousine ! de nos premiers pas d'internes à aujourd'hui, nous avons tissé ce qui devrait permettre à notre amitié de résister au temps et à l'espace...en tout cas, compte sur moi pour y veiller. Flore : tu es tout simplement la traductrice officielle de ce travail grâce à qui les critiques scientifiques internationaux ne tariront pas d'éloges c'est sûr! Que notre amitié garde la fraîcheur des escapades qui l'ont construite. Mais je ne voudrais oublier personne, alors à chacune et chacun de vous, les amis, un grand merci pour tous ces bons moments qui construisent une vie...spéciale dédicace aux ariégeois, je n'y résiste pas!

A tous les médecins qui ont donné de leur temps pour répondre cette étude. Que votre intérêt et votre participation soient ici chaleureusement remerciés.

A ceux que ce travail m'a permis de rencontrer, merci à vous pour votre contribution : Dr MARIN du département de recherche clinique et bio statistique pour votre disponibilité et votre rigueur, Me ROUDIER de la bibliothèque universitaire pour votre gentillesse dans l'apprentissage de la recherche bibliographique et autre feuille de style.

A tous les médecins qui se sont succédés sur le chemin de ma formation et qui ont, à leur façon, rendu vivant un certain compagnonnage: les urgentistes de Brive, les internistes de Limoges, les neurologues de Brive, les Dr BODE et Dr BOUILHAC, les pédiatres de Brive, les endocrinologues de Tulle ainsi que les toulousains de mes études à Ranguueil et Purpan. Un merci tout particulier au Dr BOUSSEYROUX-LAMAGAT: pour votre gentillesse et les nombreuses occasions d'identification (vie personnelle et exercice professionnel) que vous m'avez offert, plus ou moins consciemment !

A notre président du jury,
Pr Buchon,

Vous faites partie de ceux qui ont ouvert la voie de la médecine générale universitaire, en devenant le premier professeur de médecine générale titulaire des universités à Limoges. Recevez pour cela toute notre admiration et l'assurance d'être source d'inspiration. Devant les qualités et le sérieux que cette fonction exige, le choix de vous faire présider notre jury était une évidence. Que ce travail témoigne de cette considération et de l'intérêt pour notre spécialité, que vous avez su transmettre.

A notre directeur de thèse,
Pr Buisson,

Il est des fois où le duo « sujet-directeur de thèse » est livré en un seul lot. Ce ne fut pas le cas ici, mais nous croyons pouvoir dire que le mariage fut réussi ! Recevez pour cela nos plus sincères remerciements. Votre personnalité autant que votre engagement professionnel, votre disponibilité et votre implication dans ce rôle de direction, sont autant de qualités que nous avons eu le plaisir d'apprécier durant ce travail. Pour tous ces échanges fructueux et sympathiques qui ont fait de ce travail un moment agréable, soyez assuré de toute la gratitude que nous portons à votre égard.

A notre jury de thèse,
Pr Prévost,

Vous nous avez accompagnés durant cette dernière année de formation, par la découverte et la pratique des groupes de pairs. Votre expérience de femme médecin généraliste a été pour nous à ce moment-là d'un grand intérêt, et votre entrain un véritable plaisir. Pour ces nombreuses discussions enrichissantes et pour l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de siéger à notre jury, recevez aujourd'hui mes plus sincères remerciements.

A notre jury de thèse,
Dr Ménard,

Durant ces trois années d'internat, nous avons eu le plaisir d'assister et de participer à nombre de vos enseignements. Votre rigueur et votre pertinence ont largement contribué à l'efficacité de notre formation. Soyez assuré en cela de notre sincère considération et pour l'honneur que vous nous avez fait de siéger à notre jury, de nos plus vifs remerciements.

Droits d'auteurs

Droits d'auteur réservés.

Toute reproduction sans accord exprès de l'auteur à des fins autres que strictement personnelles est prohibée.

OU



Cette création est mise à disposition selon le Contrat : « **Paternité-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification** » disponible en ligne
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr/>

Table des matières

Introduction	14
1. L'incertitude en médecine.....	15
1.1. Définitions.....	15
1.1.1. Incertitude.....	15
1.1.2. Médecine.....	16
1.2. La médecine: science et incertitude.....	17
1.2.1. Depuis quand se pose-t-on la question ?	17
1.2.2. Quels types d'incertitude en médecine?.....	18
1.3. Impact et conséquences.....	19
1.4. Processus d'adaptation et outils.....	21
1.4.1. Adaptations.....	21
1.4.2. Outils.....	23
2. Etude de l'incertitude en médecine générale libérale par un questionnaire aux praticiens de la Corrèze.....	25
2.1. Problématique et objectifs.....	25
2.2. Matériel et méthode.....	25
2.2.1. Matériel / Population.....	25
2.2.2. Méthode.....	26
2.2.3. Considérations statistiques.....	27
2.3. Résultats	27
2.4. Discussion.....	55
2.4.1. Résultats principaux et implications.....	55
2.4.1.1. Analyse d'ensemble.....	55
2.4.1.2. Analyse par groupe.....	57
2.4.2. Forces et faiblesses de l'étude.....	58
2.4.3. Comparaison aux travaux existants	59
Conclusion	61
Références bibliographiques	62
SERMEN D'HIPPOCRATE	71

Introduction

C'est en devenant interne, et encore davantage lors de mes premiers pas en médecine générale libérale, que ce constat s'est rapidement imposé à moi: la majorité des décisions médicales quotidiennes sont prises malgré de multiples incertitudes, surtout quand il s'agit des soins de premier recours. Plus ou moins importantes selon les situations, ces incertitudes peuvent concerner tous les aspects de la consultation: du diagnostic à la thérapeutique, en passant par la communication.

Cette réalité m'est apparue comme une difficulté, surtout après une formation initiale qui, par sa nécessaire rigueur scientifique, ne prépare pas vraiment à gérer cet aspect de la discipline. Quelques études [1] [2] [3] [4] confirment ce ressenti, en particulier chez les jeunes.

J'ai alors eu envie de savoir comment les médecins généralistes dans leur ensemble géraient ce phénomène. Est-ce que certains facteurs, comme l'expérience, la participation à un groupe de pairs, une activité d'enseignement ou un mode d'exercice particulier pouvaient influencer cette gestion? La revue de la littérature médicale n'apporte que très peu de réponses sur le sujet, et encore moins sur le plan quantitatif.

A quelle fréquence et à quel sujet rencontrent-ils l'incertitude? Quels moyens mettent-ils en œuvre pour la limiter? Comment la vivent-ils? Autant de questions que cette étude m'a permis de poser aux généralistes libéraux d'un département entier -la Corrèze-, de façon anonyme et exhaustive, afin d'en obtenir les données objectives quantifiables, indispensables à toute réflexion.

1. L'incertitude en médecine.

1.1. Définitions

1.1.1. Incertitude

"Qui ne doute pas, acquiert peu". Léonard de Vinci.

Mais qu'est-ce que l'incertitude? Quelles nuances de sens peut-on en dégager?

Le Littré 2006, comme le Dictionnaire de la langue française, proposent des définitions proches de celles du Larousse 2012:

- qualité de ce qui est incertain; caractère de ce qui ne peut être déterminé, connu à l'avance; ce qui ne peut être établi avec exactitude; doute.

- état d'une personne incertaine de ce qui arrive ou doit arriver; d'une personne indécise sur ce qu'elle fera; indécision.

Plus précis, le Centre National de Recherche Textuelle et Lexicale (créé en 2005 par le CNRS) distingue les nuances suivantes:

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

Mais finalement, c'est plutôt la définition proposée par le Comité de la Prévention et de la Précaution pour le rapport ministériel "La décision publique face à l'incertitude" qui semble la plus adaptée à notre sujet:

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

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

1.1.2. Médecine.

Définition du Dictionnaire de la langue française : "Médecine: Art qui a pour but la conservation de la santé et la guérison des maladies, et qui repose sur la science des maladies ou pathologies".

Pour le Petit Robert 2013 : "Science, ensemble de techniques et de pratiques qui a pour objet la conservation et le rétablissement de la santé; art de prévenir et de soigner les maladies de l'homme; médicament, remède oral".

Enfin, de son côté le CNRTL propose:

- Science qui a pour objet l'étude, le traitement, la prévention des maladies; art de mettre, de maintenir ou de rétablir un être vivant dans les meilleures conditions de santé.
- Mode de traitement ou de prévention des maladies. Remède, médicament oral.

Mais c'est davantage l'étymologie du mot qui permet de replacer la discipline en perspective. "*mederi*" en latin signifie *donner des soins à* et "*medicare*" *soigner*. Et en y regardant de plus près, la racine indoeuropéenne "*med*" signifierait plus largement *prendre des mesures (appropriées)* mais aussi *juger, réfléchir* et s'approche ainsi de "*meditari*" *étudier, s'exercer* et tout simplement de *méditer*.

L'essence même de la médecine ne serait-elle pas là: dans cette réflexion voire délibération précédant toute décision concernant un patient? Apprécier, juger, peser les bénéfices et les risques de cette décision, mais aussi ses éléments de départ, les données de la science et, avant même toute chose, l'infinie complexité humaine.

Cela nous amène à ce dernier aspect de la définition: la médecine est-elle plutôt un art, ou une science -deux notions liées dans les trois définitions retrouvées- ? L'art consisterait à déterminer l'équilibre de la balance décisionnelle grâce à un talent, une disposition du médecin, des facultés propres difficilement démontrables dont l'intuition et l'expérience pourraient faire partie. La science, elle, prouvée par des expériences, consisterait à connaître et appliquer des formules ou solutions inspirées des mathématiques devant des situations données. Probablement que la réponse se situe entre les deux. Selon les individus, et les situations.

"Sans cette grande variabilité entre les personnes, la médecine pourrait être une science et non un art." W. Osler.

A moins que l'on ne considère l'étymologie du mot art lui-même, du latin "*ars*": *habileté, métier, connaissance technique voire méthode*.

Et finalement, c'est en se demandant pourquoi tant d'hésitation, que l'on arrive naturellement face à l'incertitude: cette incertitude qui habite plus ou moins tous les champs de la médecine.

1.2. La médecine: science et incertitude.

1.2.1. Depuis quand se pose-t-on la question ?

En 1810, un certain Etienne Serres intitule déjà sa thèse de médecine "Essai sur la certitude et l'incertitude de la médecine". Certes, ces deux notions ne recouvrent pas les mêmes connaissances à son époque qu'aujourd'hui, mais il introduit, très à propos, son étude ainsi:

"Puissé-je réfuter complètement l'opinion qui veut faire croire qu'elle (la médecine) n'est faite pour inspirer aucune confiance, et guérir de leur timide aveuglement ceux qui exagèrent cette confiance jusqu'à lui accorder un caractère d'infailibilité!"

Mais remontons même jusqu'à l'antiquité. Au Vème siècle avant JC, Hippocrate, par son aphorisme célèbre, cerne à sa façon, certains enjeux de la discipline:

"La vie est courte, l'art est long, la situation pressante, l'expérience périlleuse et la décision difficile".

Et c'est son contemporain, Socrate, qui nous parle sûrement le mieux de l'incertitude.

Par son intemporel *"Connais toi, toi même"*, il invite à faire la part des choses - comme l'expose Pr G. Lazorthes dans ses analyses-, non pas en vue du repliement sur soi d'une simple analyse intime, mais pour éviter ce que son disciple Platon traduira par la "double ignorance" dangereuse (ne pas savoir et l'ignorer), et tirer ainsi le meilleur de soi-même.

Plus récemment, la sociologue américaine Renée Fox remarque par ses études que la sensibilisation collective aux problèmes posés par l'incertitude médicale se développe de manière significative autour des années 50. Auparavant, d'après elle, il s'agit d'une question plutôt individualiste des étudiants en médecine "comment puis-je apprendre à affronter cette incertitude d'une manière compétente et détachée à la fois?".

Et c'est surtout dans les années 70, note-elle, que l'attention de la société pour la médecine et ses incertitudes prend une importance frappante, en parallèle de l'accroissement sans précédent du "pouvoir" médical.

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

Enfin, aujourd'hui, les exigences sans cesse plus pressantes de résultats et la place toujours plus importante de la justice accompagnant la notion de responsabilité dans l'exercice quotidien, constitue probablement une nouvelle cause d'exacerbation des incertitudes.

Soulignons cependant, que ces considérations, de plus en plus présentes dans nos sociétés, semblent épargner certaines cultures traditionnelles (africaines par exemple), pour qui la plupart des événements sont déterminés à l'avance, expliqués ou justifiés par des croyances et une logique interne laissant peu de place au hasard.

1.2.2. Quels types d'incertitude en médecine?

"L'incertitude est aussi bien factuelle que contextuelle" disait Naylor CD, un des pères de l' Evidence Based Medicine.

Au premier abord, celui des faits, beaucoup de situations cliniques se teintent effectivement déjà de doute au départ. La fiabilité de l'anamnèse en premier lieu, ouvre les questions de fidélité et d'exhaustivité. L'examen clinique lui-même peut être sujet à hésitation. La palpation, souvent indispensable mais reposant en partie sur l'appréciation personnelle, est parfois trompeuse.

"Nous ne voyons que ce que nous cherchons. Nous ne cherchons que ce que nous connaissons." J.W. von Goethe.

Même les chiffres ne semblent pas toujours aussi incontestables qu'ils peuvent le paraître. La tension artérielle -variable par essence- ou les résultats de laboratoires aux normes, sensibilité et spécificité discutables, sont autant d'éléments à interpréter. De la même manière, les examens complémentaires en général, n'apportent que rarement d'absolues certitudes.

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

Puis rentre en jeu le contexte. Celui qui fait se rencontrer le monde de la santé d'un médecin et le monde de la maladie d'un patient.

L'observance du traitement choisi, sa tolérance et son efficacité, dans chaque cas particulier, sont autant d'éléments difficilement prévisibles. De même, l'histoire naturelle de la maladie ajoute, par son évolution propre, une part de "mystère" dans cette histoire singulière de la consultation médicale.

A l'opposé de cette clinique, règnent les études: les études scientifiques qui consistent en des statistiques sur de grandes populations aboutissant à des probabilités et des risques. C'est sur elles que doit s'appuyer également le raisonnement médical, mais comment les traduire au mieux pour le cas propre d'un patient? Cette confusion entre langage des chercheurs et celui des cliniciens peut conduire à surestimer la vérité scientifique en médecine. D'ailleurs, pour la sociologue R. Fox, le raisonnement par probabilité en lui-même, serait une expression codifiée du facteur d'incertitude que comporte la médecine, et devant la difficile adaptation de réponses globales à des cas particuliers, tous les actes médicaux seraient, en ce sens, approximatifs.

Ceci conduit donc à distinguer deux axes d'incertitude en médecine, et en particulier en médecine générale. Le premier, appelé par la sociologue G. Bloy, "horizontal", couvre toutes les questions détaillées précédemment que le patient introduit dans le cabinet par sa personne et son histoire. Le second, "vertical", concerne le savoir scientifique et sa maîtrise.

Enfin, R. Fox distingue même dans ce dernier axe, trois niveaux d'incertitude différents. Celui secondaire aux limites de la science elle-même; celui de la maîtrise imparfaite du savoir par chacun; et celui de la difficile distinction entre les deux.

1.3. Impact et conséquences.

Pour P. Gallois -membre de la société française de documentation et de recherche en médecine générale- cette notion d'incertitude a globalement été sous-estimée donc ignorée. C'est à la suite de séminaires de formation à la décision médicale, qu'il constate le désarroi de nombreux médecins chevronnés, prenant conscience qu'une dimension majeure de leur métier est de gérer l'incertitude. Pour lui, cette ignorance a plusieurs explications: la croyance en une science productrice de certitudes, la confusion entre les langages scientifiques et cliniciens (cf. 1.2), l'éducation médicale traditionnelle qui a associé incertitude et faiblesse, et enfin, le fait que pour tous l'incertitude est inconfortable sans que nous soyons préparés à la gérer.

Quelques travaux spécifiques ont été réalisés. En 2007, une équipe suisse conclut, après une vaste étude transversale concernant toutes les spécialités médicales, à une relation inverse entre degré d'anxiété due à l'incertitude et satisfaction au travail, notamment chez les jeunes en formation. De même une étude américaine plus modeste en 1998, semble montrer que les médecins généralistes qui prescrivent le plus d'examen complémentaires sont ceux pour qui l'anxiété due à l'incertitude est la plus grande et qui ont une plus grande réticence à divulguer celle-ci aux patients. Plus récemment, une autre étude américaine a recherché un lien entre tolérance de l'ambiguïté et capacité à soigner des cas complexes dans une population défavorisée, qui se sont avérées être proportionnelles.

Par ailleurs, certains spécialistes se sont penchés plus particulièrement sur l'impact de cette incertitude chez les étudiants et leur maturation. Le psychiatre suisse C. Pawlak, remarque suite à ses expériences lors de séminaires de psychologie médicale, qu'une érosion de l'empathie est observée chez les étudiants en médecine au cours de leurs études et qu'elle semble liée à l'apparente contradiction entre empathie et besoin de contrôle des incertitudes de la pratique médicale. Comme le rappelle l'équipe canadienne de professeurs de médecine générale du Dr Guenter, tels des -éternels- étudiants nous avons tendance à éviter les situations qui révèlent notre incertitude ou, quand c'est possible, nous la déguisons ou la repositionnons comme étant le problème d'autrui. Enfin, une étude finlandaise sur des étudiants en 5ème année, n'ayant pas encore suivi l'enseignement de médecine générale, montre en 2012 que ceux qui estimaient avoir des difficultés pour tolérer l'incertitude craignaient davantage de faire des erreurs et considéraient le travail de médecin généraliste éprouvant.

Globalement, l'incertitude constituerait donc, le plus souvent, une réalité difficile à maîtriser pour les médecins. Mais ce "malaise" ne serait-il pas renforcé par le miroir du patient et de la société, ayant eux-mêmes leur propre niveau de tolérance?

Certains auteurs établissent d'ailleurs en préalable à toute décision, un cadre défini par les perspectives à la fois du médecin mais aussi du patient face au risque et à l'incertitude. Ce dernier, façonné par une histoire personnelle, entre effectivement dans le cabinet avec des questions, craintes et attentes qui influencent naturellement son rapport à l'incertitude. Ainsi, la sociologue M. Ménoret en est venue à s'intéresser au point de vue des patients dans son étude des consultations d'oncologie, en particulier d'annonce. Elle observe que le partage de l'incertitude des soignants aux soignés, permet une évolution positive de ces derniers dans leur expérience de la maladie et leur implication thérapeutique.

Enfin, force est de constater que la société dans son ensemble ne gère pas forcément mieux le phénomène. Comment prendre des décisions collectives en situation de doute? L'exercice est périlleux. Le suisse B. Kiefer, rédacteur en chef de la Revue médicale suisse, relate à ce sujet, l'épisode de la pandémie grippale H1N1, dévoilant un principe de précaution parfois simpliste face à des visions et gestions de l'incertitude bien différentes selon les points de vue: individus, experts ou politiques.

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

C'est d'ailleurs pour tenter de répondre à ces difficultés décisionnelles que le Comité de la Prévention et de la Précaution publie en 2010 pour le ministère de l'écologie, le rapport "La

décision publique face à l'incertitude", soulignant au-delà du champ de la santé, les limites de telles situations.

1.4. Processus d'adaptation et outils.

1.4.1. Adaptations.

Devant cette réalité incontournable et influente de l'exercice médical, les réactions sont à l'évidence très diverses. Car au-delà de son impact plutôt inconscient, vu précédemment, des stratégies se mettent en place pour faire face à l'incertitude.

J. Ceccaldi par exemple, rappelle simplement, lors du colloque sur "La clinique de l'incertitude" à Paris en 2011, deux écueils de réactions potentielles, à la manière d'Aristote. La première, par excès, serait l'incertitude paralysante; la deuxième, par défaut, l'incertitude occultée. Ainsi, deux façons d'appréhender le problème se dégagent: considérer l'incertitude comme le boulet de la médecine scientifique ou au contraire comme un espace vertueux où l'humain pondérant la science, prend toute sa place.

Mais finalement, à ce sujet, c'est G. Bloy, auteur de l'essai "L'incertitude en médecine générale: source, formes et accommodements possibles" en 2008, qui nous éclaire plus précisément, à travers une analyse sociologique.

Pour elle, le positionnement des médecins généralistes face à l'incertitude est un principe majeur de la construction de leur qualité d'exercice. Grâce à une large étude qualitative sur plusieurs années auprès de médecins généralistes français, elle aboutit à une cartographie de leurs positionnements permettant de mieux comprendre l'hétérogénéité des façons de penser et de faire, suggérée également par les études d'économie de la santé.

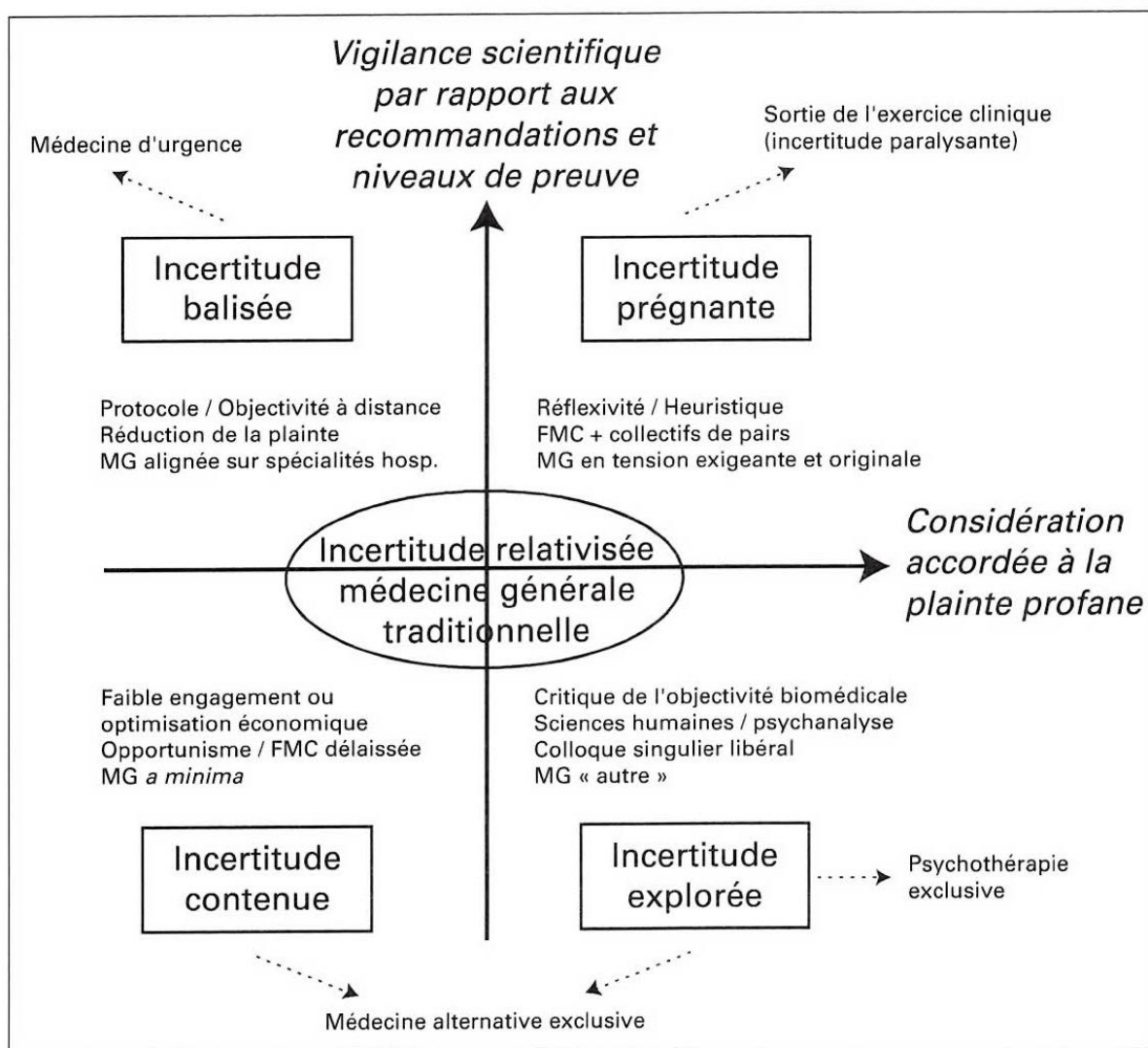


Figure 1: Positionnements par rapport à l'incertitude en médecine générale. (G.Bloy)

Les deux axes du schéma correspondent à ceux cités au paragraphe 1.2.

Au centre, dans une médecine générale "traditionnelle" susceptible d'emprunter aux quatre quadrants, l'incertitude est relativisée, absorbée par les convictions du médecin et son expérience.

En haut à gauche, c'est-à-dire avec une grande vigilance scientifique mais une faible considération du "discours-patient", l'incertitude "balisée" est une stratégie de réduction de la plainte profane à des standards scientifiques connus et maîtrisables. Ces praticiens valorisent le côté minimal et scientifique de leur prise en charge qui ne laisse que peu de place aux sciences humaines. Cette démarche de réduction de la complexité, même si elle peut correspondre à la demande de certains patients, ne prête pas d'intérêt particulier à la médecine générale face à une médecine d'urgence ou de spécialité jugées plus stimulantes, et de ce fait, conduit à un exercice plus instable, d'après la sociologue.

En haut à droite, avec une grande vigilance scientifique mais aussi du "discours-patient", se situe l'incertitude "prégnante". En effet, l'incertitude est ici maximale car la prise en charge comme la recherche d'une pratique de qualité sont poussées ici le plus loin possible, tant sur le plan biomédical que dans l'appréhension de toutes les dimensions du patient. Ces médecins, dont l'investissement formatif est important (comme les précédents), tentent d'apprivoiser au mieux ces deux axes d'incertitude, essence de la médecine générale, plutôt que de s'accommoder de l'ignorance de l'un d'eux.

En bas à droite, l'incertitude "explorée" correspond à une prise de distance des standards biomédicaux. C'est souvent suite au bouleversement des certitudes étudiantes devant des plaintes ne cadrant pas toujours avec le respect des procédures, mais aussi au défaut de légitimité subi par rapport au "système-CHU" que ces généralistes sont attirés par des pratiques alternatives parfois border line. L'opportunisme économique peut parfois conforter cette tendance, mais sans devenir prioritaire comme dans le dernier cas.

En bas à gauche, l'incertitude "contenue" ne s'encombre effectivement pas de scrupules. La minimisation de l'effort ou la maximisation des revenus guident la pratique, qui se construit sur le déni de l'incertitude -défi- ou au contraire la multiplication d'exams et d'avis palliant les insuffisances cliniques.

Pour finir cette modélisation, les flèches pointillées représentent les fuites logiques possibles, en fonction des tendances.

Attention cependant à devenir trop réducteur: il est indispensable de garder à l'esprit une certaine dynamique du schéma. Les médecins n'étant pas figés dans une case, ils peuvent évoluer au gré d'évènements professionnels ou personnels qui restent à explorer.

1.4.2. Outils.

Ces dernières années, de nombreux auteurs de la littérature médicale proposent différentes pistes de réflexion pour mieux appréhender cette gestion de l'incertitude. En voici quelques unes d'entre elles:

- de façon générale:
 - intégration de l'incertitude et de l'imprédictibilité clinique plutôt que du confort trompeur de la certitude,
 - développement d'une pensée plus complexe que le modèle linéaire biomédical, inspirée de modèles biopsychosociaux, aboutissant à une démarche holistique de caractérisation des problèmes plus qu'à un diagnostic précis,
 - orientation de l'enseignement vers le goût et l'intelligence de la complexité,

"L'intelligence se mesure parfois à la quantité d'incertitude qu'un esprit peut supporter."

E. Kant.

- formation et information des professionnels comme du public, sur les notions de probabilité, de statistique et des problèmes soulevés dans la décision médicale,

- concernant la relation médecin-patient:

- intégration de son propre niveau de tolérance au risque et à l'incertitude, ainsi que celui du patient,

- renforcement de cette relation avec information adaptée et explications (analyse, évolution, réévaluation...), voir partage de décision parfois,

- connaissance des déterminants socioculturels de la relation médecin-malade,

- concernant les ressources de médecin:

-travail en réseau et collaborations, dont les bénéfiques ont été rappelés lors du colloque sur la "Clinique de l'incertitude" de 2011,

- disponibilité de synthèses d'informations objectives avec niveaux de preuves,

- élaboration par la Société Française de Médecine Générale du Dictionnaire des résultats de consultation (depuis 1992), complété de diagnostics étiologiques critiques par un travail de thèse visant à réduire le risque diagnostic,

- outils variés d'aide à la décision médicale, dont la portée a été jugée positive mais d'amplitude modeste par la Haute Autorité de Santé en 2010 qui a présenté alors, une analyse de leurs freins et facteurs de succès.

Mais toutes ces idées, aussi pertinentes que générales, restent le fruit de réflexions plus ou moins subjectives. Comme le note la sociologue G. Bloy, il manque aujourd'hui encore des données plus précises, issues d'études spécifiques, sur le travail des médecins généralistes et en particulier ici, sur leur façon de recevoir et gérer cette incertitude au quotidien. Deux réalités peuvent expliquer cette lacune. La première: l'importance moindre accordée aux soins primaires pendant longtemps ainsi qu'à cette problématique assimilée à une faiblesse médicale. La seconde: les difficultés nées de tout ce que cela implique d'intrusion du cabinet et de la pratique de chaque médecin.

2. Etude de l'incertitude en médecine générale libérale par un questionnaire aux praticiens de la Corrèze.

2.1. Problématique et objectifs.

La médecine générale, spécialité concernant les soins de premier recours, confronte souvent ses praticiens à une incertitude importante, rendant de nombreuses décisions complexes. C'est probablement même une de ces spécificités.

La sociologie fournit d'intéressantes études qualitatives sur les réactions et adaptations des médecins généralistes face à cette difficulté quotidienne. La littérature médicale, quant à elle, propose diverses pistes d'améliorations et aides possibles (outils de consultation, enseignement, conseils...) issues de conclusions souvent personnelles.

Il existe donc une carence notable de données quantitatives spécifiques de l'exercice des médecins généralistes concernant leur façon de gérer cette incertitude au quotidien.

Cette étude a pour objectif principal d'évaluer l'importance relative des différentes stratégies mises en œuvre face à l'incertitude dans l'exercice libéral de la médecine générale et de les analyser en fonction des critères suivants: expérience, participation à un groupe de pairs, engagement pédagogique, et exercice d'une activité particulière.

Des objectifs secondaires élargissent l'étude:

- Dégager des sujets source d'incertitude fréquente.
- Evaluer l'impact de cette difficulté professionnelle dans la vie des praticiens.

2.2. Matériel et méthode.

2.2.1. Matériel / Population.

L'étude a concerné, selon les critères d'inclusion suivants:

- les médecins exerçant la médecine générale,
- installés en libéral, au moins pour partie,
- en Corrèze (19).

Les critères d'exclusion au départ ont donc été:

- médecins ayant une activité entièrement salariée,
- médecins inscrits dans une autre spécialité que la médecine générale,

-médecins inscrits en médecine générale avec une spécialité complémentaire type: angiologie, allergologie, médecine d'urgence.

- médecins retraités,

- médecins remplaçants.

L'étude a été exhaustive et la liste de recrutement établie après croisement de celle fournie par l'Union Régionale des Médecins libéraux, le site du Conseil National de l'Ordre des médecins et l'Annuaire pages jaunes de Corrèze. Elle a ciblé 238 médecins.

2.2.2. Méthode.

Il s'agit d'une étude quantitative d'observation descriptive.

L'objectif principal étant une évaluation des stratégies face à l'incertitude, le critère de jugement principal était une mesure semi-quantitative de l'importance de chaque moyen mis en œuvre par les médecins:

- d'un côté, en "première intention": intuition/expérience, raisonnement analogique, raisonnement analytique, recommandations professionnelles, explications approfondies/décision partagée,

- d'un autre côté, en "deuxième intention": attente/suivi, outils d'aide diagnostique au cabinet, examens complémentaires, avis spécialisés, avis de confrères généralistes, internet, documentation écrite, hospitalisation/urgences, test thérapeutique ou autre.

Les objectifs secondaires ont été étudiés de la façon suivante:

- les sujets pourvoyeurs d'incertitude: par une question ouverte.

- l'impact de l'incertitude sur les médecins: par une évaluation semi-quantitative des sentiments d'indifférence, anxiété /stress, insatisfaction /frustration /déprime, énervement /agacement, motivation /intérêt /stimulation.

L'étude se présentait sous la forme d'un questionnaire déclaratif, divisé en deux parties. La première développait les données civiles et professionnelles, la seconde les questions relatives à l'incertitude. Les réponses ont été rendues complètement anonymes lors du codage de recueil de données.

Le mode de communication choisi était le courrier postal pour des raisons pratiques, tant pour l'organisation de l'étude que pour le confort des répondants, et surtout dans un but d'exhaustivité qu'une communication par internet n'aurait pas permis. Un premier envoi (comportant courrier de présentation, questionnaire et une enveloppe affranchie de réponse)

est parti le vendredi 9 novembre et a été suivi d'une relance le lundi 3 décembre (comprenant courrier de présentation, questionnaire et enveloppe de réponse non affranchie).

La période de recueil s'est donc étendue sur deux mois, du 10 novembre 2012 au 10 janvier 2013. Les questions, par contre, ne concernaient pas de date ou d'intervalle de temps particuliers mais cherchaient plutôt à traduire des tendances personnelles d'exercice en général.

2.2.3. Considérations statistiques.

L'analyse a consisté en des statistiques descriptives de l'ensemble de l'échantillon puis comparatives entre les différents groupes étudiés: expérience, participation à un groupe de pairs, activité d'enseignement, activité particulière.

Le nombre de données manquantes a été relevé pour chaque item.

- Modalités d'analyses descriptives:

Les variables quantitatives (âge et années d'expérience) ont été décrites en utilisant la médiane et l'intervalle interquartile: elles ne suivent pas la loi normale de distribution des variables car selon le test de Shapiro Wilk (test de la normalité des distributions) $p < 0.0001$ pour les deux variables.

Les variables qualitatives ont été décrites en utilisant les effectifs et pourcentages.

- Modalités d'analyses comparatives:

La comparaison de la distribution des variables qualitatives en fonction de l'expérience, de l'appartenance à un groupe de pairs, d'une activité d'enseignement ou d'une activité particulière, a été réalisée en utilisant le test du chi2 ou le test exact de Fisher en cas de non respect des conditions d'application du test du Chi2 (conditions d'applications : effectifs théoriques égaux ou supérieurs à 5). Le degré de significativité retenu était de 5%, soit un $p \leq 0.05$. Les analyses ont été conduites au moyen du logiciel SAS entreprise guide® 5.1 (SAS Institute, Cary, NC, USA).

2.3. Résultats

Sur 238 sujets ciblés, 153 ont répondu dont 6 refus et 1 "exclu". Les refus étaient justifiés comme suit: 1 "retraite imminente", 2 "activité particulière" (expertise, nutrition-esthétique), 3 "autre ou sans motif". Un médecin a répondu être salarié exclusivement et a donc été exclu des réponses.

Avec 146 questionnaires exploitables, le taux de réponse a donc été de 61.6 %

Tableau I: Sexe et caractéristiques socioprofessionnelles des répondeurs.

	Effectif	Pourcentage
Sexe		
homme	111	76,03
femme	35	23,97
Activité de soins		
libéral exclusif	95	66,43
partiellement salarié	39	27,27
activité particulière	9	6,29
Lieu d'exercice		
Urbain	43	29,86
Semi-rural	39	27,08
Rural	62	43,06
"Formation continue"		
FMC régulières indépendantes	112	76,71
Revue professionnelle	123	84,25
DIU, DU, Capacités, autres diplômes	70	48,28
Groupes de pairs (échanges de pratique)	34	23,29
Groupes Balint	2	1,37
Enseignement, maître de stage	34	23,29
autre	1	0,68

Détail des activités salariées partielles déclarées (parfois cumulées):

- EPHAD: 20 soit 51.28 % des salariés partiels.
- Centre hospitalier: 10 soit 25.6 %
- IME, MAS: 4 soit 10.26 %
- autres: 5 soit 12.82 %
- régulation, sapeur pompier: 2 soit 5.13 %

Détail des exercices particuliers déclarés (parfois cumulés):

- homéopathie: 2 soit 22.22 % des "exercices particuliers"
- médecine du sport: 2 soit 22.22 %
- nutrition: 2 soit 22.22 %
- autre (acupuncture, mésothérapie, médecine esthétique, ostéopathie, régulateur, sexologie, MEP): 7 soit 77.77 %

Détail des revues professionnelles citées (réponses non exhaustives et cumulatives)

- Prescrire: 30
- Le quotidien du médecin: 20
- La revue du praticien: 18
- Impact médecine: 9

- Le généraliste: 8
- Panorama: 4
- Exercer: 3
- Le concours médical: 3
- Autres: 6

Tableau II: Répartitions des âges et années d'expériences des répondeurs.

	Minimum	Quartile inférieur	Médiane	Quartile supérieur	Maximum	réponses manquantes
Age	28	48,5	55,5	60	67	2
Années d'exercice	1	20	27	33	40	3

Pour pouvoir mieux comparer avec les données démographiques régionales, ont également été calculées: la moyenne d'âge, qui est de 53.84 ans (avec un écart-type de 8.81) et la moyenne des années d'expérience qui est de 25 ans (avec un écart-type de 9.53).

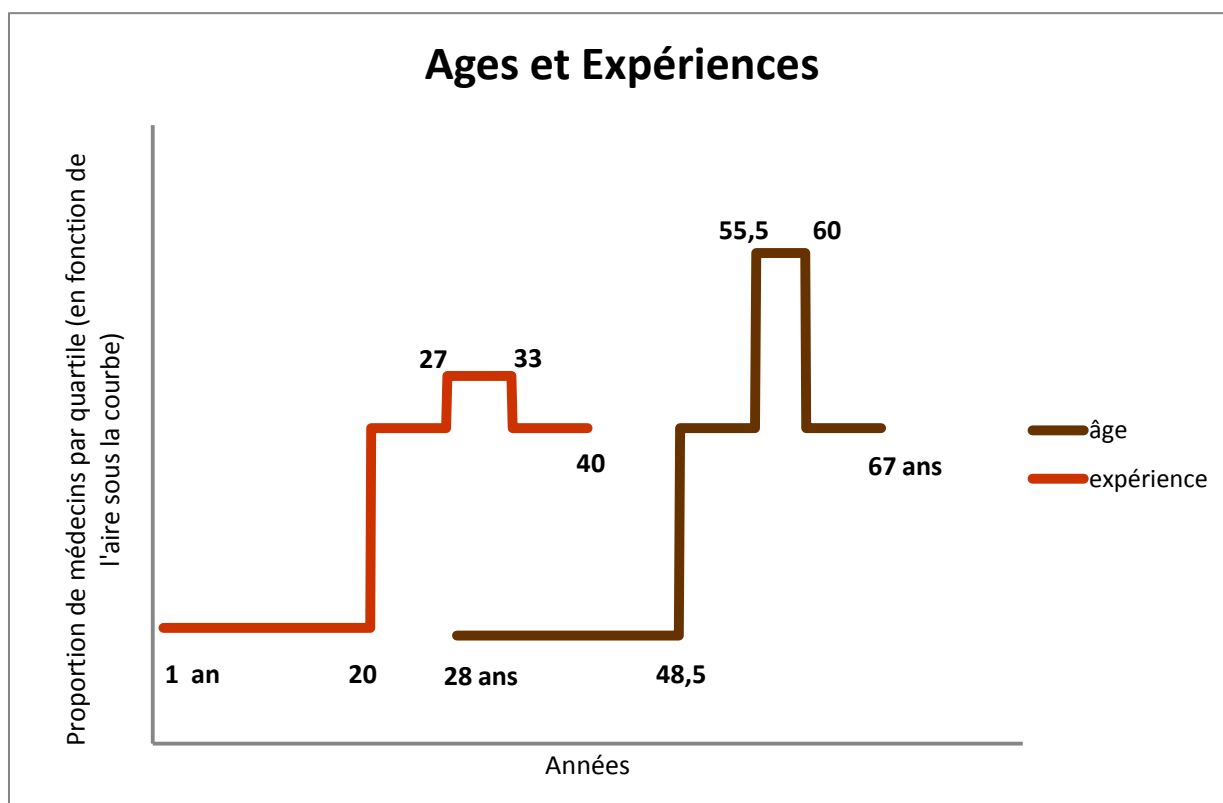


Tableau III: Fréquence de l'incertitude pour l'ensemble des répondants.

	Effectif	Pourcentage	réponses manquantes
Fréquence de l'incertitude			4
1 à 5 fois par jour	29	20,42	
1 à 5 fois par semaine	70	49,3	
1 à 5 fois par mois	40	28,17	
1 à 5 fois par an	3	2,11	

Sujets cités comme sources récentes ou habituelles d'incertitude dans l'exercice médical:

(49/146 répondants ont cité moins de 3 sujets, dont 19 n'ont cité aucun sujet).

	Domaine	Nombre de citations
Généralités	Psychologie / Relationnel / Social	36
	Diagnostic	28
	Thérapeutique	16
	Profession (avenir, organisation)	10
	Examens complémentaires	8
	Administratif	7
	Hospitalisations	4
	Décision / Positionnement	3
	Avis spécialisés	3
	Gestion et Coordination	2
	Régulation téléphonique	1
	Pronostic	1
	119	
Spécialités	Infectiologie	21
	Psychiatrie	14
	Oncologie	13
	Neurologie	13
	Cardio-vasculaire	11
	Hématologie	10
	Gériatrie	9
	Endocrinologie	8
	Gastro-entérologie	8
	Dermatologie	7
	Pédiatrie	7
	Médecine interne	7
	Symptomatologie fonctionnelle	5
	Rhumatologie	4
	Gynécologie	4
	Orthopédie	4
	ORL	4
	Handicap / Dépendance	3
	Pathologies du travail	3

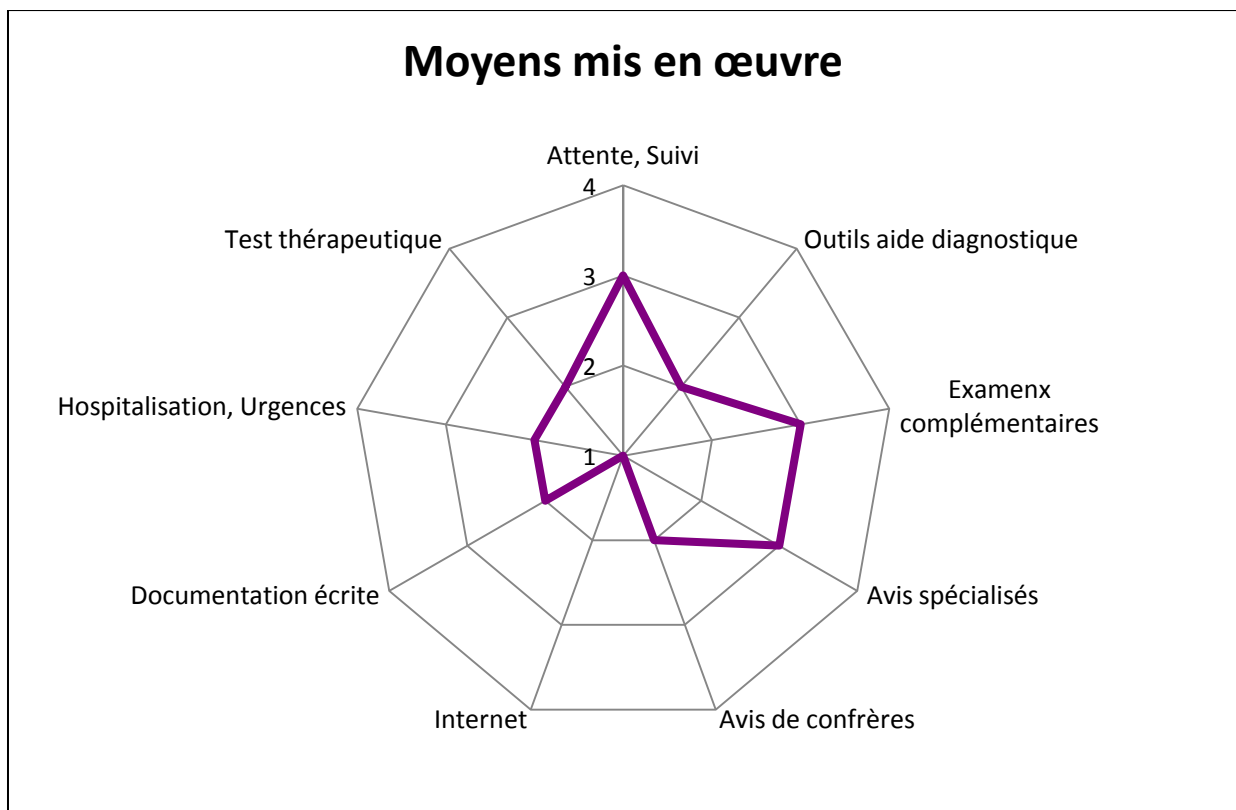
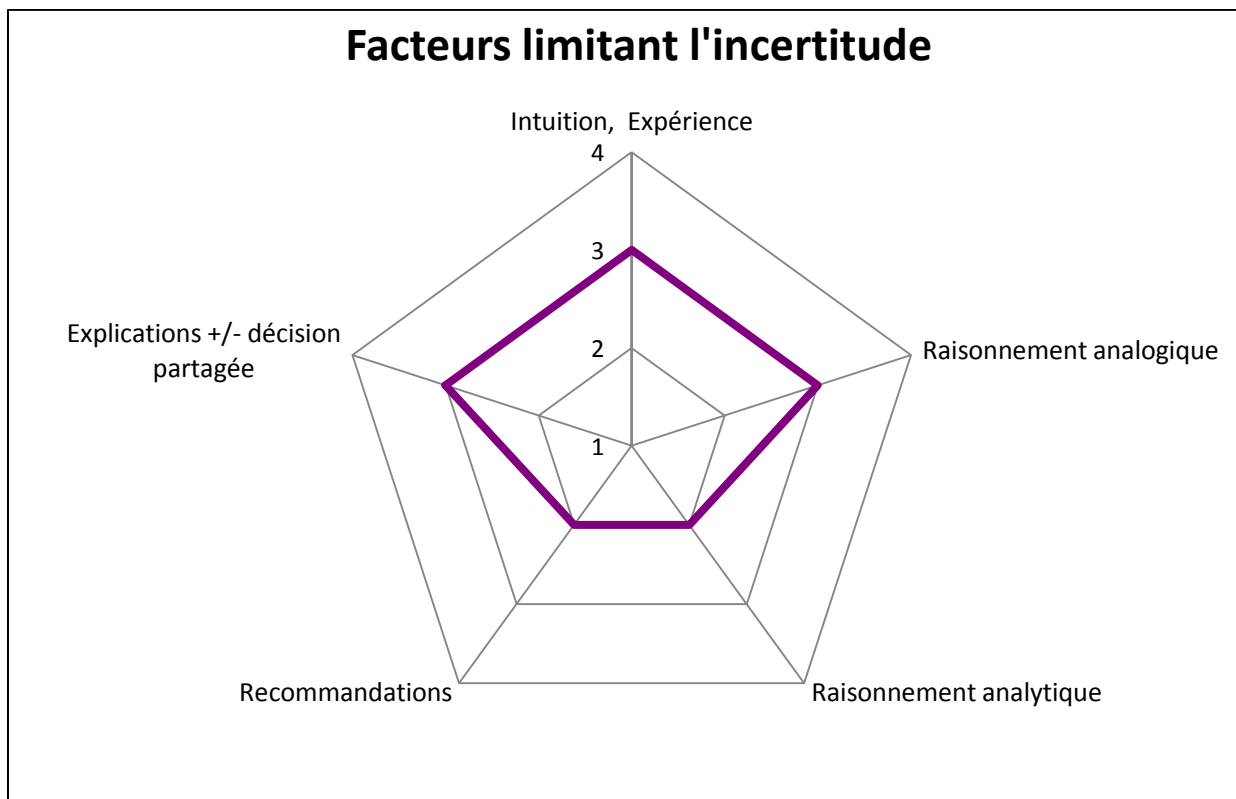
	Néphrologie		2
	Maltraitance/ violence		2
	Pneumologie		1
	Ophthalmologie		1
	Médecine générale		1
			<hr/> 162
Symptômes	Douleur		44
		douleur abdominale	17
		douleur thoracique	15
		Altération de l'état général	10
		Asthénie	6
		Malaise	3
		Dyspnée	3
			<hr/> 66

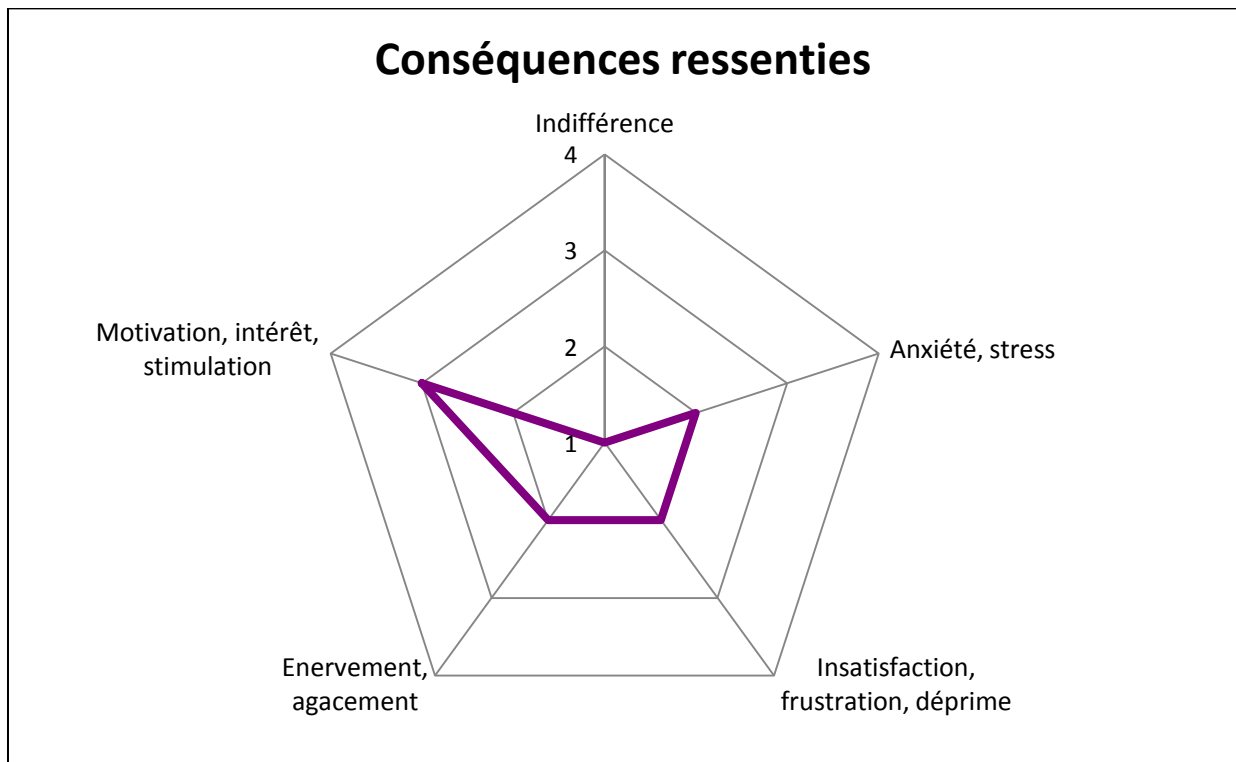
Tableau IV: Réponses* de l'ensemble des médecins

* effectifs (pourcentages)

	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours	réponses manquantes
Facteurs limitant l'incertitude					
Intuition / Expérience	4 (2,80)	28 (19,58)	86 (60,14)	25 (17,48)	3
Raisonnement analogique (comparaison)	3 (2,08)	47 (32,64)	79 (54,86)	15 (10,42)	2
Raisonnement analytique (arbre décisionnel)	9 (6,25)	64 (44,44)	61 (42,36)	10 (6,94)	2
Recommandations / textes règlementaires	10 (6,90)	81 (55,86)	50 (34,48)	4 (2,76)	1
Explications +/- décision partagée	4 (2,76)	30 (20,69)	77 (53,10)	34 (23,45)	1
Moyens mis en œuvre					
Attente / Suivi	9 (7,38)	38 (31,15)	57 (46,72)	18 (14,75)	24
Outils d'aide diagnostique au cabinet	27 (19,42)	80 (57,55)	28 (20,14)	4 (2,88)	7
Examens complémentaires	0 (0)	17 (11,97)	101 (71,13)	24 (16,90)	4
Avis spécialisé	0 (0)	43 (29,66)	86 (59,31)	16 (11,03)	1
Avis de confrères	33 (23,91)	78 (56,52)	25 (18,12)	2 (1,45)	8
Internet	64 (45,07)	60 (42,25)	17 (11,97)	1 (0,7)	4
Documentation écrite	20 (14,08)	87 (61,27)	33 (23,24)	2 (1,41)	4
Hospitalisation / Urgences	6 (4,23)	110 (77,46)	24 (16,9)	2 (1,41)	4
Test thérapeutique	16 (11,51)	104 (74,82)	19 (13,67)	0 (0)	7
Autre	13 (86,67)	2 (13,33)	0 (0)	0 (0)	131
Conséquences					
Indifférence	119 (82,64)	17 (11,81)	7 (4,86)	1 (0,69)	2
Anxiété, stress	11 (7,59)	75 (51,72)	53 (36,55)	6 (4,14)	1
Insatisfaction, frustration, déprime	28 (19,44)	87 (60,42)	27 (18,75)	2 (1,39)	2
Enervement, agacement	36 (25)	89 (61,81)	16 (11,11)	3 (2,08)	2
Motivation, intérêt, stimulation	8 (5,52)	37 (25,52)	84 (57,93)	16 (11,03)	1

Profils des réponses majoritaires.





Résultats comparatifs:

- En fonction de l'expérience

Tableau V: Réponses* en fonction de l'expérience

**effectifs (pourcentage)*

	Expérience ≤ 10 ans	Expérience > 10ans	p
Effectifs	14 (9,79)	129 (90,21)	
Fréquence			
1 à 5 fois / jour	6 (42,86)	23 (18,4)	0,109
1 à 5 fois / semaine	7 (50)	62 (49,6)	
1 à 5 fois / mois	1 (7,14)	37 (29,6)	
1 à 5 fois / an	0 (0)	3 (2,4)	
Facteurs limitant l'incertitude			
Intuition /Expérience			
jamais	0 (0)	4 (3,15)	0,0388
parfois	7 (50)	20 (15,75)	
souvent	6 (42,86)	79 (62,2)	
toujours	1 (7,14)	24 (18,9)	
Raisonnement analogique (comparaison)			
jamais	0 (0)	3 (2,36)	0,6708

	Expérience ≤ 10 ans	Expérience > 10ans	
parfois	6 (42,86)	40 (31,5)	
souvent	6 (42,86)	71 (55,91)	
toujours	2 (14,29)	13 (10,24)	
Raisonnement analytique (arbre décisionnel)			
jamais	2 (14,29)	7 (5,51)	
parfois	3 (21,43)	60 (47,24)	0,092
souvent	7 (50)	52(40,94)	
toujours	2 (14,29)	8 (6,3)	
Recommandations / textes règlementaires			
jamais	0 (0)	10 (7,81)	
parfois	2 (14,29)	77 (60,16)	8,02E-04
souvent	12 (85,71)	37 (28,91)	
toujours	0 (0)	4 (3,13)	
Explications +/- décision partagée			
jamais	1 (7,14)	3 (2,34)	
parfois	3 (21,43)	27 (21,09)	0,483
souvent	6 (42,86)	69 (53,91)	
toujours	4 (28,57)	29 (22,66)	
<hr/> Moyens mis en œuvre <hr/>			
Attente / Suivi			
jamais	2 (16,67)	7 (6,48)	
parfois	4 (33,33)	34 (31,48)	0,2581
souvent	6 (50)	49 (45,37)	
toujours	0 (0)	18 (16,67)	
Outils d'aide diagnostic au cabinet			
jamais	2 (14,29)	24 (19,67)	
parfois	9 (64,29)	69 (56,56)	0,953
souvent	3 (21,43)	25 (20,49)	
toujours	0 (0)	4 (3,28)	
Examens complémentaires			
jamais	0 (0)	0 (0)	
parfois	3 (21,43)	13 (10,4)	0,0698
souvent	11 (78,57)	88 (70,4)	
toujours	0 (0)	24 (19,2)	
Avis spécialisés			
jamais	0 (0)	0 (0)	
parfois	3 (21,43)	38 (29,69)	0,7719
souvent	10 (71,43)	75 (58,59)	
toujours	1 (7,14)	15 (11,72)	
Avis de confrères			
jamais	1 (7,14)	32 (26,45)	
parfois	8 (57,14)	67 (55,37)	0,2015

		Expérience ≤ 10 ans	Expérience > 10ans	
Internet	souvent	5 (35,71)	20 (16,53)	0,0583
	toujours	0 (0)	2 (1,65)	
	jamais	4 (28,57)	59 (47,20)	
	parfois	5 (35,71)	53 (42,40)	
Documentation écrite	souvent	5 (35,71)	12 (9,60)	0,3493
	toujours	0 (0)	1 (0,80)	
	jamais	0 (0)	19 (15,20)	
	parfois	9 (64,29)	76 (60,80)	
Hospitalisation / Urgences	souvent	5 (35,71)	28 (22,40)	0,1515
	toujours	0 (0)	2 (1,60)	
	jamais	2 (14,29)	3 (2,40)	
	parfois	11 (78,57)	97 (77,60)	
Test thérapeutique	souvent	1 (7,14)	23 (18,40)	0,0025
	toujours	0 (0)	2 (1,60)	
	jamais	4 (28,57)	12 (9,84)	
	parfois	5 (35,71)	96 (78,69)	
souvent	toujours	5 (35,71)	14 (11,48)	
	toujours	0 (0)	0 (0)	
	jamais	4 (28,57)	12 (9,84)	
	parfois	5 (35,71)	96 (78,69)	
Conséquences				
Indifférence	jamais	9 (64,29)	107 (84,25)	0,1357
	parfois	3 (21,43)	14 (11,02)	
	souvent	2 (14,29)	5 (3,94)	
	toujours	0 (0)	1 (0,79)	
Anxiété, Stress	jamais	1 (7,14)	10 (7,81)	1
	parfois	8 (57,14)	65 (50,78)	
	souvent	5 (35,71)	47 (36,72)	
	toujours	0 (0)	6 (4,69)	
Insatisfaction, Frustration, Déprime	jamais	2 (14,29)	25 (19,69)	0,4164
	parfois	7 (50)	79 (62,20)	
	souvent	5 (35,71)	21 (16,54)	
	toujours	0 (0)	2 (1,57)	
Enervement, Agacement	jamais	5 (35,71)	31 (24,41)	0,7776
	parfois	8 (57,14)	78 (61,42)	
	souvent	1 (7,14)	15 (11,81)	
	toujours	0 (0)	3 (2,36)	

	<u>Expérience ≤ 10 ans</u>	<u>Expérience > 10ans</u>	
Motivation, Intérêt, Stimulation			
jamais	0 (0)	8 (6,25)	
parfois	3 (21,43)	33 (25,78)	0,8359
souvent	10 (71,43)	72 (56,25)	
toujours	1 (7,14)	15 (11,72)	

En complément de ces chiffres détaillés, des regroupements de réponses sur certaines questions permettent de dégager d'autres résultats pouvant être parlants:

- Concernant la fréquence:

Si l'on associe les réponses "1 à 5 fois par jour" avec "1 à 5 fois par semaine" et "1 à 5 fois par mois" avec "1 à 5 fois par an" pour former deux groupes: "au moins une fois par semaine" des médecins rencontrant souvent l'incertitude et "au plus une fois par mois" des médecins ne rencontrant que peu d'incertitude, on obtient:

Tableau VI: Fréquence de l'incertitude en fonction de l'expérience (résultat complémentaire)

Fréquence de l'incertitude	Expérience ≤ 10 ans	Expérience > 10 ans
Au moins 1 fois par semaine	13 (92.86 %)	85 (68 %)
Au plus 1 fois par mois	1 (7.14 %)	40 (32 %)

- Concernant les moyens mis en œuvre face à l'incertitude:

Tableau VII: Moyens mis en œuvre face à l'incertitude en fonction de l'expérience (résultats complémentaires)

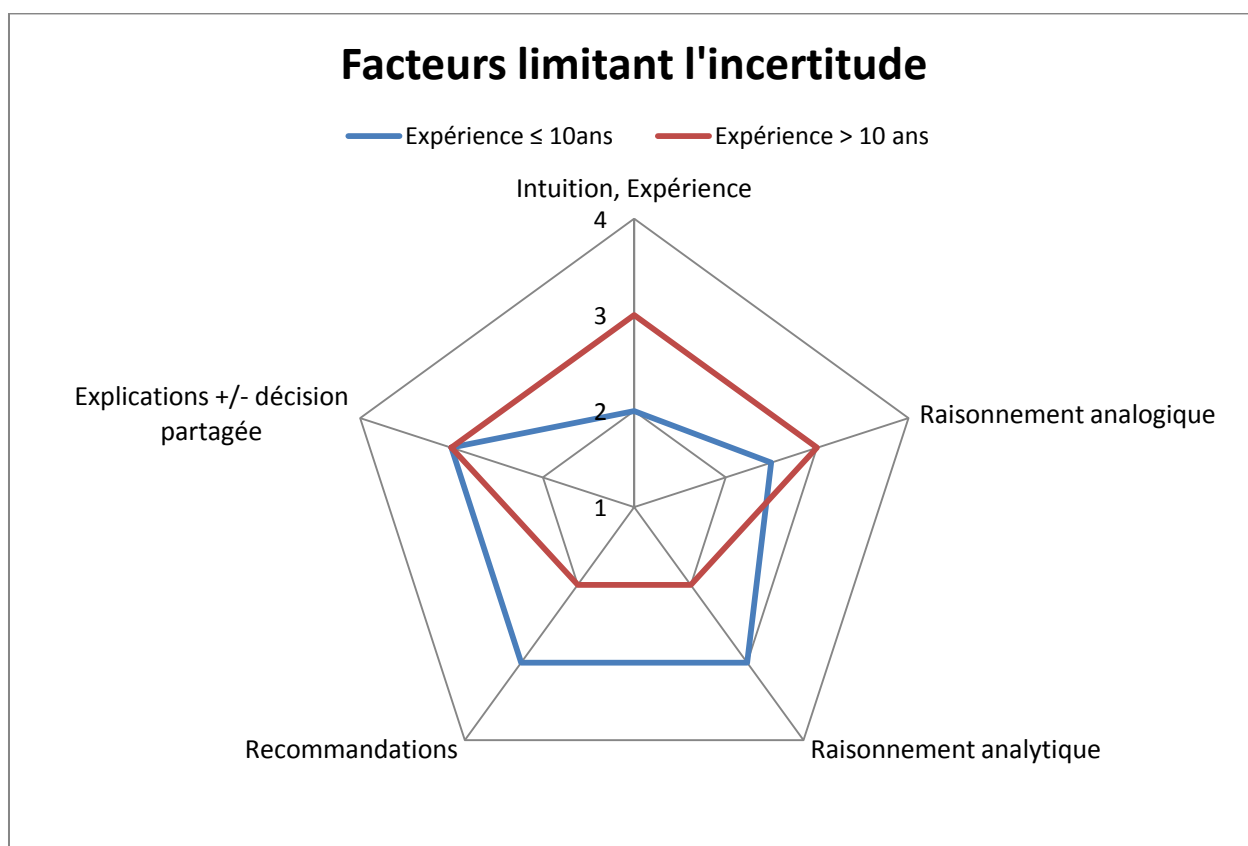
	Expérience ≤ 10 ans	Expérience > 10 ans
Avis de confrères		
jamais	1 (7.14 %)	32 (26.45 %)
parfois - souvent - toujours	13 (92.85 %)	89 (73.55 %)
Test thérapeutique		
jamais	4 (28.57 %)	12 (9.84 %)
parfois- souvent	10(71.42 %)	110 (90.17 %)

- Concernant les conséquences de l'incertitude:

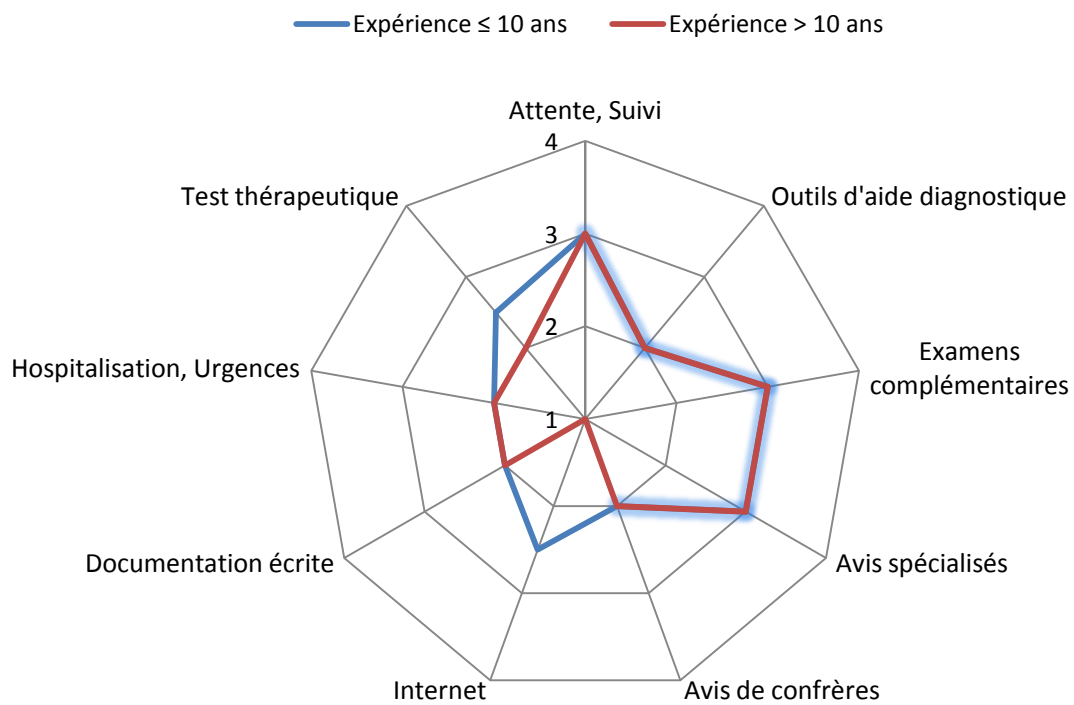
Tableau VIII: Conséquences de l'incertitude en fonction de l'expérience (résultats complémentaires)

	Expérience ≤ 10 ans	Expérience > 10 ans
Insatisfaction, Frustration, Déprime		
jamais - parfois	9 (64.29 %)	104 (81.89 %)
souvent-toujours	5 (35.71 %)	23 (18.11 %)

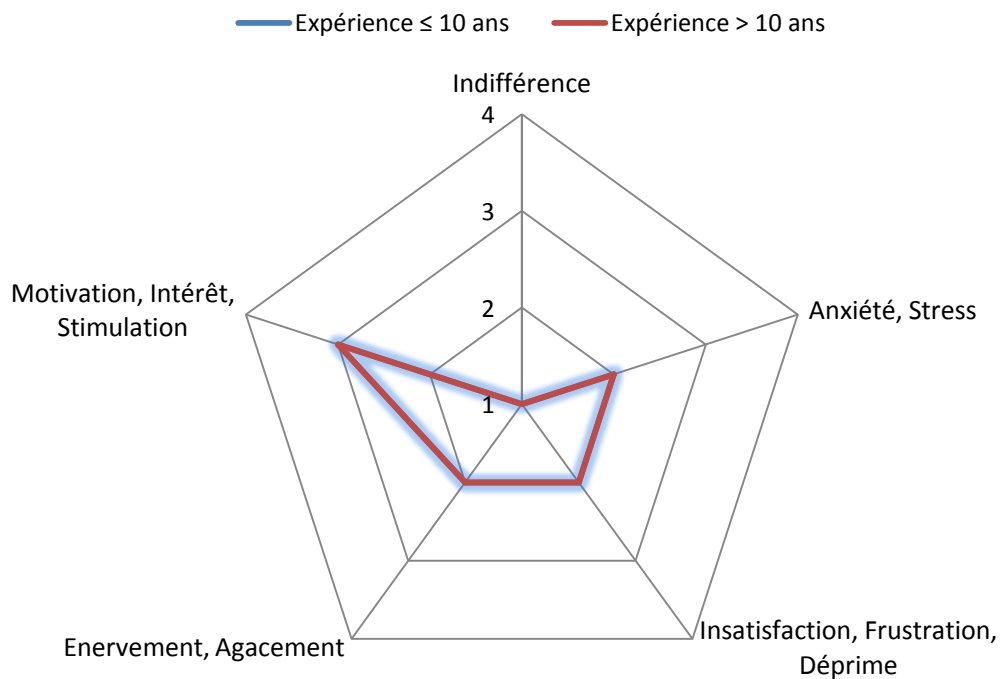
Profils des réponses majoritaires:



Moyens mis en oeuvre



Conséquences ressenties



- En fonction de la participation à un groupe de pairs

Tableau IX: Réponses* en fonction de la participation à un groupe de pairs. *effectifs (pourcentage)

	AVEC Groupe de pairs	SANS Groupe de pairs	p
Effectif	34 (23,29)	112 (76,71)	
Fréquence			
1 à 5 fois / jour	6 (18,18)	23 (21,1)	0,2725
1 à 5 fois / semaine	21 (63,64)	49 (44,95)	
1 à 5 fois / mois	6 (18,18)	34 (31,19)	
1 à 5 fois / an	0 (0)	3 (2,75)	
Facteurs limitant l'incertitude			
Intuition / Expérience			
jamais	1 (2,94)	3 (2,75)	0,3781
parfois	10 (29,41)	18 (16,51)	
souvent	18 (52,94)	68 (62,39)	
toujours	5 (14,71)	20 (18,35)	
Raisonnement analogique (comparaisons)			
jamais	1 (2,94)	2 (1,82)	0,4743
parfois	9 (26,47)	38 (34,55)	
souvent	22 (64,71)	57 (51,82)	
toujours	2 (5,88)	13 (11,82)	
Raisonnement analytique (arbre décisionnel)			
jamais	2 (5,88)	7 (6,36)	0,9308
parfois	14 (41,18)	50 (45,45)	
souvent	15 (44,12)	46 (41,82)	
toujours	3 (8,82)	7 (6,36)	
Recommandations / textes règlementaires			
jamais	2 (5,88)	8 (7,21)	0,0652
parfois	15 (44,12)	66 (59,46)	
souvent	14 (41,18)	36 (32,43)	
toujours	3 (8,82)	1 (0,9)	
Explications +/- décision partagée			
jamais	1 (2,94)	3 (2,7)	0,3929
parfois	6 (17,65)	24 (21,62)	
souvent	22 (64,71)	55 (49,55)	
toujours	5 (14,71)	29 (26,13)	

Moyens mis en œuvre

		AVEC Groupe de pairs	SANS Groupe de pairs	
Attente / Suivi				
	jamais	4 (14,29)	5 (5,32)	
	parfois	8 (28,57)	30 (31,91)	
	souvent	12 (42,86)	45 (47,87)	0,4707
	toujours	4 (14,29)	14 (14,89)	
Outils d'aide diagnostique au cabinet				
	jamais	6 (18,75)	21 (19,63)	
	parfois	21 (65,63)	59 (55,14)	0,7065
	souvent	5 (15,63)	23 (21,50)	
	toujours	0 (0)	4 (3,74)	
Examens complémentaires				
	jamais	0 (0)	0 (0)	
	parfois	3 (9,09)	14 (12,84)	0,8582
	souvent	25 (75,76)	76 (69,72)	
	toujours	5 (15,15)	19 (17,43)	
Avis spécialisés				
	jamais	0 (0)	0 (0)	
	parfois	13 (38,24)	30 (27,03)	0,2486
	souvent	16 (47,06)	70 (63,06)	
	toujours	5 (14,71)	11 (9,91)	
Avis de confrères				
	jamais	2 (6,06)	31 (29,52)	
	parfois	20 (60,61)	58 (55,24)	0,0044
	souvent	11 (33,33)	14 (13,33)	
	toujours	0 (0)	2 (1,9)	
Internet				
	jamais	12 (36,36)	52 (47,71)	
	parfois	17 (51,52)	43 (39,45)	0,5768
	souvent	4 (12,12)	13 (11,93)	
	toujours	0 (0)	1 (0,92)	
Documentation écrite				
	jamais	10(29,41)	10 (9,26)	
	parfois	15 (44,12)	72 (66,67)	0,0124
	souvent	8 (23,53)	25 (23,15)	
	toujours	1 (2,94)	1 (0,93)	
Hospitalisation / Urgences				
	jamais	3 (9,38)	3 (2,73)	
	parfois	27 (84,38)	83 (75,45)	0,102
	souvent	2 (6,25)	22 (20)	
	toujours	0 (0)	2 (1,82)	
Test thérapeutique				
	jamais	4 (12,5)	12 (11,21)	0,7915

		AVEC Groupe de pairs	SANS Groupe de pairs	
	parfois	25 (78,13)	79 (73,83)	
	souvent	3 (9,38)	16 (14,95)	
	toujours	0 (0)	0 (0)	
<hr/>				
Conséquences				
<hr/>				
Indifférence				
	jamais	29 (85,29)	90 (81,82)	
	parfois	3 (8,82)	14 (12,73)	0,3864
	souvent	1 (2,94)	6 (5,45)	
	toujours	1 (2,94)	0 (0)	
Anxiété, stress				
	jamais	0 (0)	11 (9,91)	
	parfois	24 (70,59)	51 (45,95)	0,0294
	souvent	10 (29,41)	43 (38,74)	
	toujours	0 (0)	6 (5,41)	
Insatisfaction, frustration, déprime				
	jamais	8 (23,53)	20 (18,18)	
	parfois	18 (52,94)	69 (62,73)	0,6362
	souvent	8 (23,53)	19 (17,27)	
	toujours	0 (0)	2 (1,82)	
Enervement, agacement				
	jamais	8 (23,53)	28 (25,45)	
	parfois	24 (70,59)	65 (59,09)	0,5669
	souvent	2 (5,88)	14 (12,73)	
	toujours	0 (0)	3 (2,73)	
Motivation, intérêt, stimulation				
	jamais	1 (2,94)	7 (6,31)	
	parfois	4 (11,76)	33 (29,73)	0,12
	souvent	24 (70,59)	60 (54,05)	
	toujours	5 (14,71)	11 (9,91)	

Résultats complémentaires:

- Profil démographique des médecins participants à un groupe de pairs:
 - moyenne d'âge: 53.7 ans (53.8 ans pour l'ensemble des médecins de l'étude).
 - répartition des genres: 20.6 % de femmes (23.97 % dans l'ensemble étudié).

- Concernant les facteurs limitant l'incertitude:

Tableau X: Facteur limitant l'incertitude en fonction de la participation à un groupe de pairs (résultat complémentaire)

	Avec groupe de pairs	Sans groupe de pairs
Recommandations /textes règlementaires		
jamais - parfois	17 (50 %)	74 (66.67 %)
souvent - toujours	17 (50 %)	37 (33.33 %)

- Concernant les moyens mis en œuvre:

Tableau XI: Moyens mis en œuvre en fonction de la participation à un groupe de pairs (résultats complémentaires)

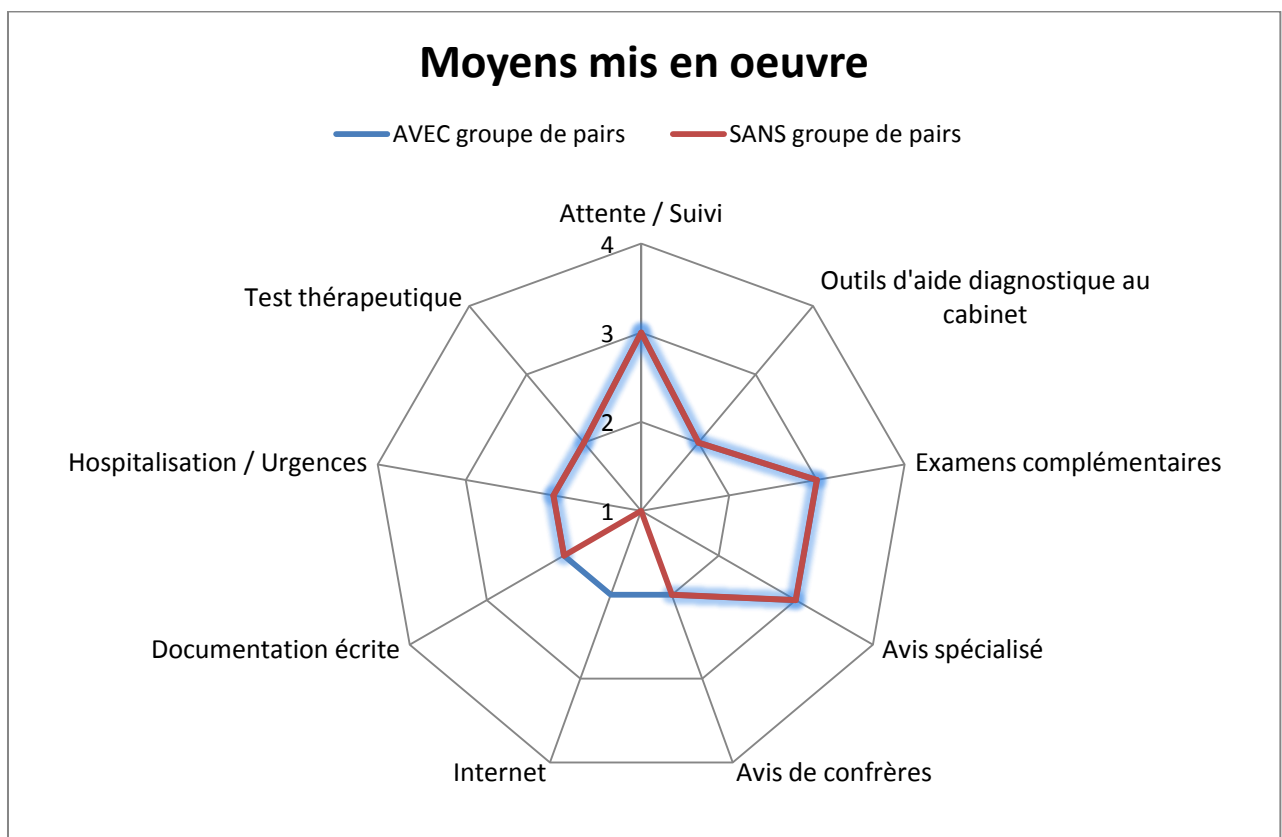
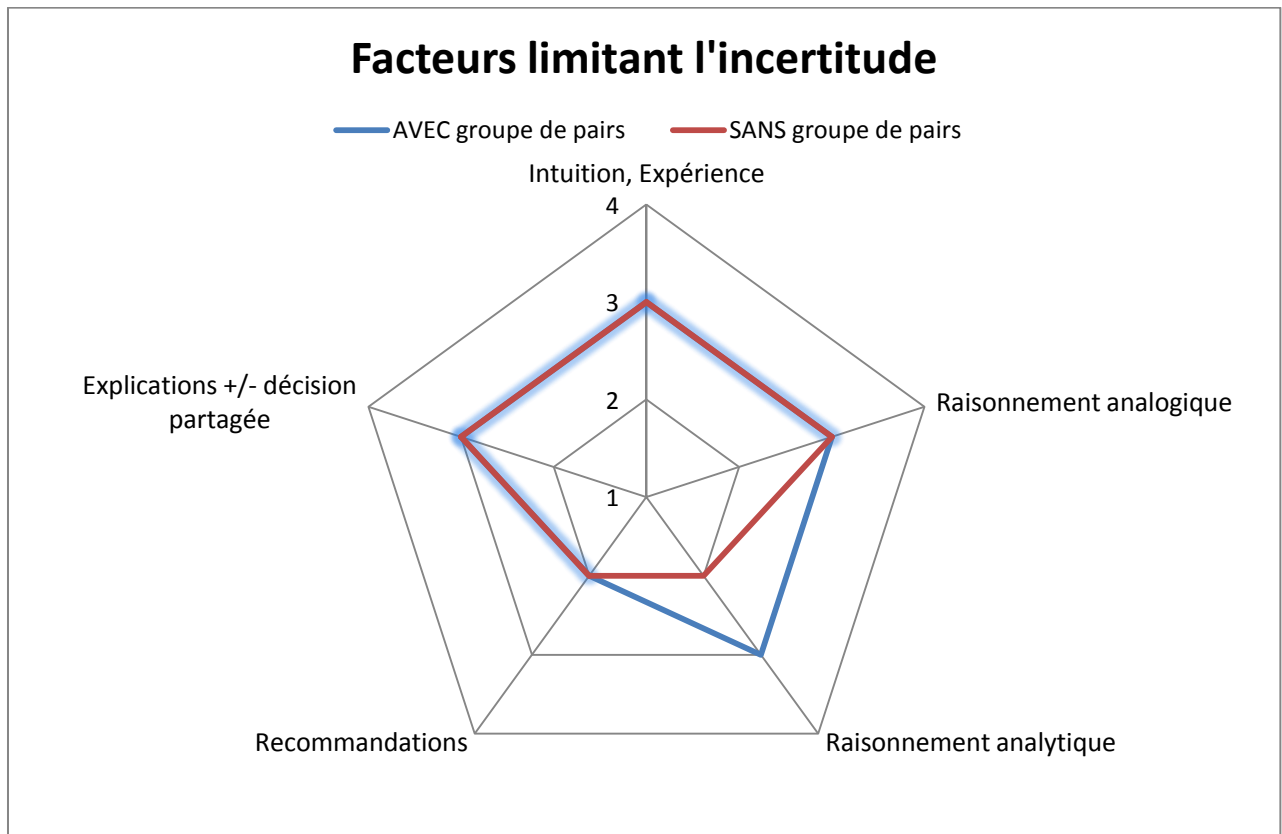
	Avec groupe de pairs	Sans groupe de pairs
Avis de confrères		
jamais	2 (6.06 %)	31 (29.52 %)
parfois - souvent - toujours	31 (93.94 %)	74 (70.47 %)
Hospitalisation /urgences		
jamais - parfois	30 (93.76 %)	86 (78.18 %)
souvent - toujours	2 (6.25 %)	24 (21.82 %)

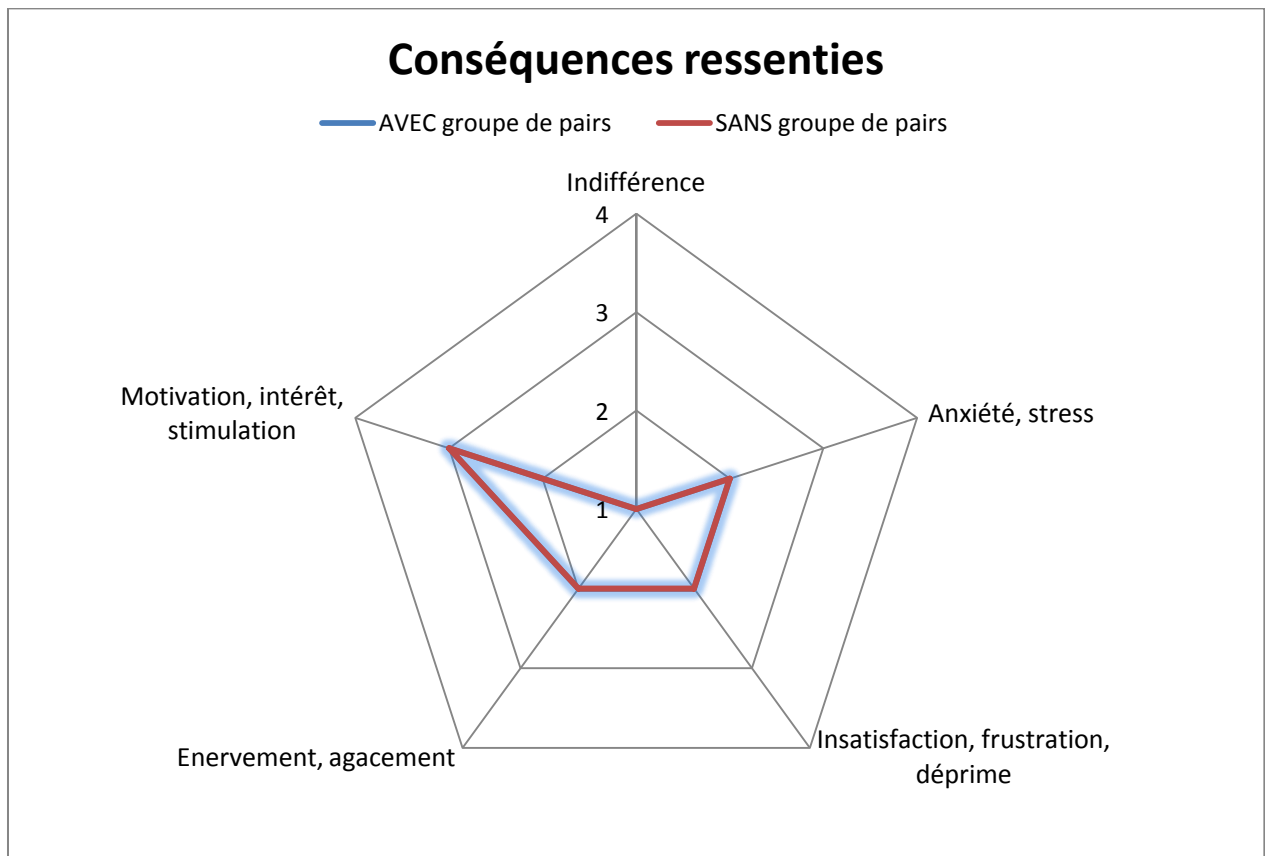
- Concernant les conséquences:

Tableau XII: Conséquences de l'incertitude en fonction de la participation à un groupe de pairs (résultats complémentaires)

	Avec groupes de pairs	Sans groupes de pairs
Anxiété, stress		
jamais - parfois	24 (70.59 %)	62 (55.86 %)
souvent - toujours	10 (29.41 %)	49 (44.15 %)
Motivation, intérêt, stimulation		
jamais - parfois	5 (14.7 %)	40 (36.04 %)
souvent - toujours	29 (85.3 %)	71 (63.91 %)

Profils des réponses majoritaires





- En fonction de la pratique d'une activité d'enseignement et/ou de maîtrise de stage.

Tableau XIII: Réponses* en fonction d'une activité d'enseignement.

**effectifs (pourcentages)*

	AVEC enseignement	SANS	p
Effectif (Pourcentage)	34 (23,29)	112 (76,71)	
Fréquence			
1 à 5 fois / jour	7 (22,58)	22 (19,82)	0,9827
1 à 5 fois / semaine	15 (48,39)	55 (49,55)	
1 à 5 fois / mois	9 (29,03)	31 (27,93)	
1 à 5 fois / an	0 (0)	3 (2,7)	

Facteurs limitant l'incertitude

Intuition / Expérience

jamais	1 (3,23)	3 (2,68)	0,2518
parfois	3 (9,68)	25 (22,32)	
souvent	19 (61,29)	67 (59,82)	
toujours	8 (25,81)	17 (15,18)	

	AVEC enseignement	SANS	
Raisonnement analogique (comparaison)			
jamais	1 (3,03)	2 (1,8)	
parfois	8 (24,24)	39 (35,14)	0,568
souvent	20 (60,61)	59 (53,15)	
toujours	4 (12,12)	11 (9,91)	
Raisonnement analytique (arbre décisionnel)			
jamais	2 (6,25)	7 (6,25)	
parfois	17 (53,13)	47 (41,96)	0,7034
souvent	11 (34,38)	50 (44,64)	
toujours	2 (6,25)	8 (7,14)	
Recommandations / textes règlementaires			
jamais	1 (3,03)	9 (8,04)	
parfois	23 (69,7)	58 (51,79)	0,2834
souvent	8 (24,24)	42 (37,50)	
toujours	1 (3,03)	3 (2,68)	
Explications +/- décision partagée			
jamais	1 (3,03)	3 (2,68)	
parfois	3 (9,09)	27 (24,11)	0,2376
souvent	21 (63,64)	56 (50)	
toujours	8 (24,24)	26 (23,21)	
<hr/> Moyens mis en œuvre <hr/>			
Attente / Suivi			
jamais	2 (6,9)	7 (7,53)	
parfois	6 (20,69)	32 (34,41)	0,5432
souvent	16 (55,17)	41 (44,09)	
toujours	5 (17,24)	13 (13,98)	
Outils d'aide diagnostique au cabinet			
jamais	8 (25)	19 (17,76)	
parfois	17 (53,13)	63 (58,88)	0,3528
souvent	5 (15,63)	23 (21,5)	
toujours	2 (6,25)	2 (1,87)	
Examens complémentaires			
jamais	0 (0)	0 (0)	
parfois	5 (15,15)	12 (11,01)	0,2705
souvent	20 (60,61)	81 (74,31)	
toujours	8 (24,24)	16 (14,68)	
Avis spécialisés			
jamais	0 (0)	0 (0)	
parfois	14 (42,42)	29 (25,89)	0,0162
souvent	19 (57,58)	67 (59,82)	
toujours	0 (0)	16 (14,29)	
Avis de confrères			
jamais	11 (33,33)	22 (20,95)	0,4268

		AVEC enseignement	SANS	
Internet	parfois	18 (54,5)	60 (57,14)	
	souvent	4 (12,12)	21 (20)	
	toujours	0 (0)	2 (1,9)	
	jamais	14 (42,42)	50 (45,87)	
Documentation écrite	parfois	16 (48,48)	44 (40,37)	0,2132
	souvent	2 (6,06)	15 (13,76)	
	toujours	1 (3,03)	0 (0)	
	jamais	3 (9,09)	17 (15,6)	
Hospitalisation / Urgences	parfois	23 (69,7)	64 (58,72)	0,6912
	souvent	7 (21,21)	26 (23,85)	
	toujours	0 (0)	2 (1,83)	
	jamais	1 (3,03)	5 (4,59)	
Test thérapeutique	parfois	27 (81,82)	83 (76,15)	0,9554
	souvent	5 (15,15)	19 (17,43)	
	toujours	0 (0)	2 (1,83)	
	jamais	4 (12,12)	12 (11,32)	
Conséquences	parfois	26 (78,79)	78 (73,58)	0,7943
	souvent	3 (9,09)	16 (15,09)	
	toujours	0 (0)	0 (0)	
	jamais	4 (12,12)	12 (11,32)	
Indifférence	parfois	27 (81,82)	92 (82,88)	0,1099
	souvent	2 (6,06)	15 (13,51)	
	toujours	3 (9,09)	4 (3,6)	
	jamais	1 (3,03)	0 (0)	
Anxiété, stress	parfois	20 (60,61)	55 (49,11)	0,55
	souvent	11 (33,33)	42 (37,5)	
	toujours	0 (0)	6 (5,36)	
	jamais	2 (6,06)	9 (8,04)	
Insatisfaction, frustration, déprime	parfois	17 (51,52)	70 (63,06)	0,3226
	souvent	6 (18,18)	21 (18,92)	
	toujours	1 (3,03)	1 (0,9)	
	jamais	9 (27,27)	19 (17,12)	
Enervement, agacement	parfois	23 (69,7)	66 (59,46)	0,7896
	souvent	3 (9,09)	13 (11,71)	
	toujours	0 (0)	3 (2,70)	
	jamais	7 (21,21)	29 (26,13)	

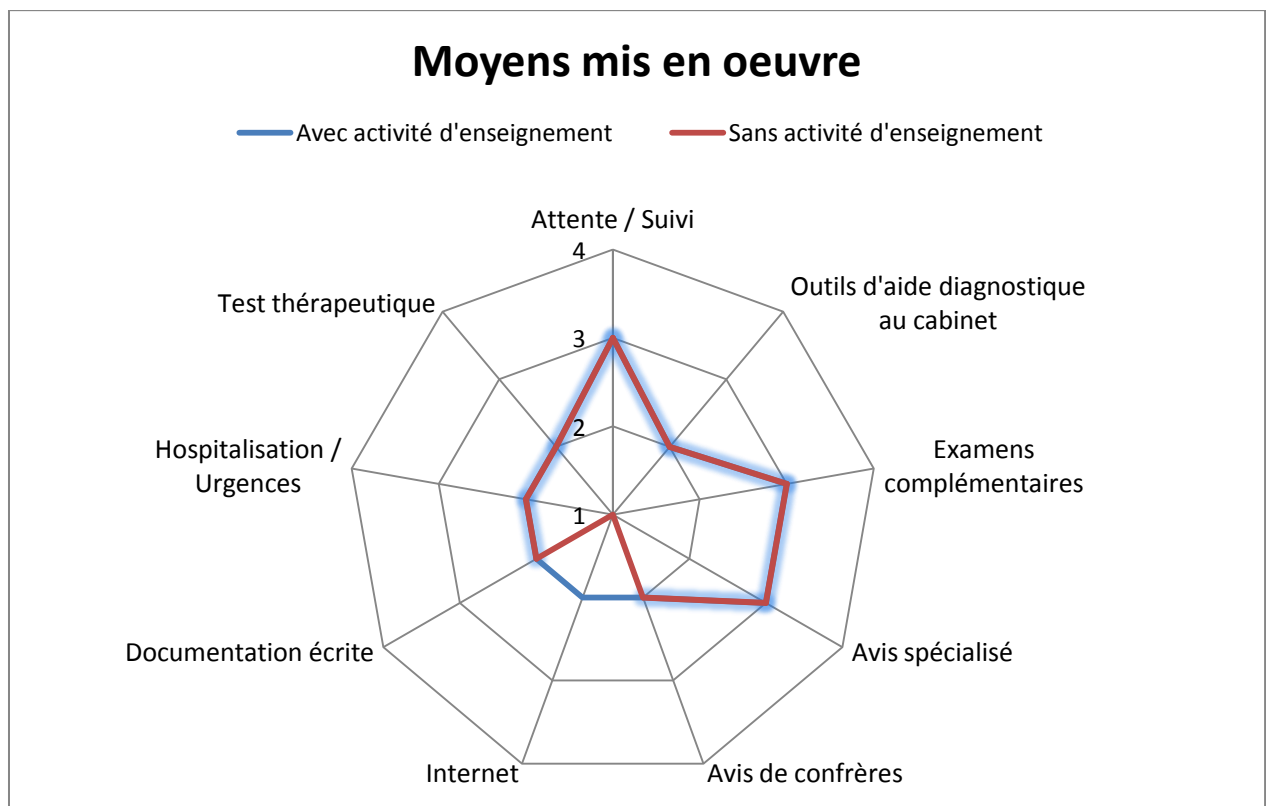
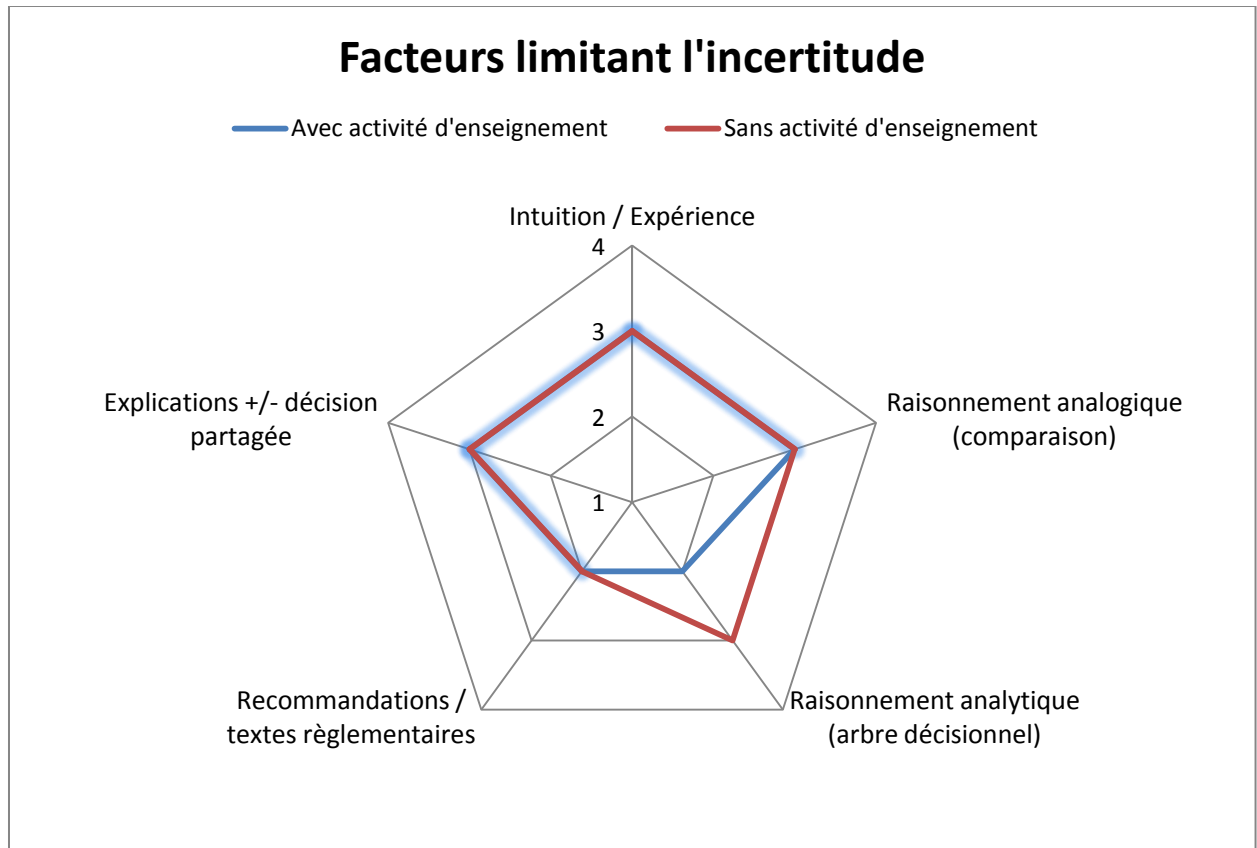
	AVEC enseignement	SANS	
Motivation, intérêt, stimulation			
jamais	0 (0)	8 (7,14)	
parfois	7 (21,21)	30 (26,79)	
souvent	20 (60,61)	64 (57,14)	0,2135
toujours	6 (18,18)	10 (8,93)	

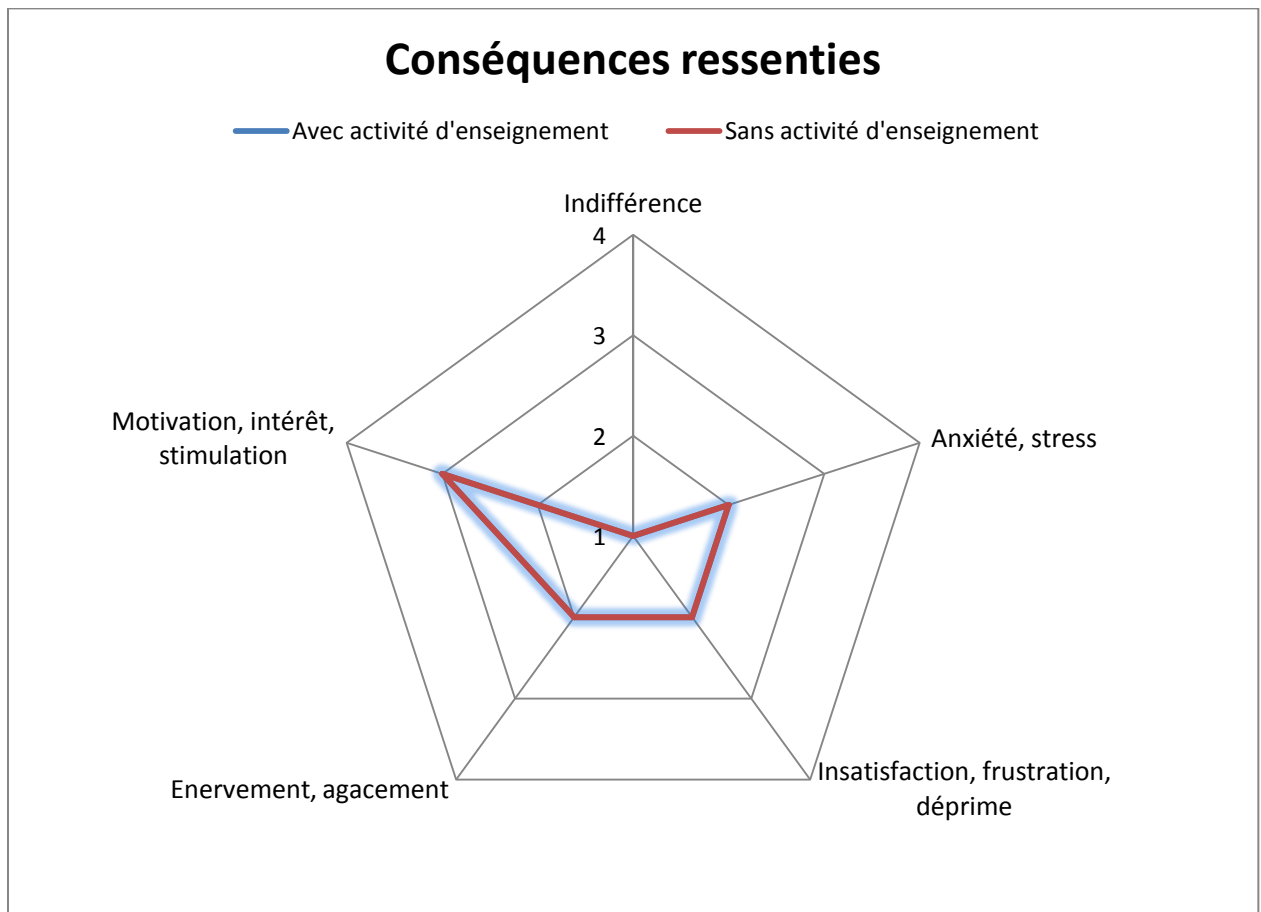
Résultats complémentaires:

- Profil démographique des médecins ayant une activité d'enseignement ou de maîtrise de stage:
 - moyenne d'âge: 55.6 ans (53.84 ans pour l'ensemble des médecins étudiés)
 - répartition des genres: 17.65 % de femmes (23.97 % des médecins étudiés)
- Concernant les moyens mis en œuvre:

Tableau XIV: Moyens mis en œuvre en fonction d'une activité d'enseignement (résultats complémentaires)

	Avec activité d'enseignement	Sans activité d'enseignement
Attente / suivi		
jamais - parfois	8 (27.59 %)	39 (41.94 %)
souvent - toujours	21 (72.41 %)	54 (58.07 %)
Avis spécialisés		
jamais - parfois	14 (42.42 %)	29 (25.89 %)
souvent - toujours	19 (57.58 %)	83 (74.11 %)





- En fonction de l'exercice d'une activité particulière

Ont été considérées comme "activité particulière": les activités particulières déclarées comme telles et les activités salariées partielles.

Tableau XV: Réponses* en fonction de l'exercice d'un Mode d'Exercice Particulier (MEP).

**effectifs (pourcentage)*

	AVEC M.E.P.	SANS	p
Effectif (Pourcentage)	48 (33,57)	95 (66,43)	
Fréquence			
1 à 5 fois / jour	10 (21,74)	18 (19,35)	0,1233
1 à 5 fois / semaine	17 (36,96)	52 (55,91)	
1 à 5 fois / mois	18 (39,13)	21 (22,58)	
1 à 5 fois / an	1 (2,17)	2 (2,15)	

	AVEC M.E.P.	SANS	
Facteurs limitant l'incertitude			
Intuition / Expérience			
jamais	1 (2,22)	3 (3,16)	
parfois	8 (17,78)	19 (20)	
souvent	28 (62,22)	56 (58,95)	0,986
toujours	8 (17,78)	17 (17,89)	
Raisonnement analogique (comparaison)			
jamais	0(0)	3 (3,19)	
parfois	13 (27,66)	33 (35,11)	
souvent	29 (61,7)	48 (51,06)	0,532
toujours	5 (10,64)	10 (10,64)	
Raisonnement analytique (arbre décisionnel)			
jamais	4 (8,51)	5 (5,32)	
parfois	21 (44,68)	42 (44,68)	0,9105
souvent	19 (40,43)	40 (42,55)	
toujours	3 (6,38)	7 (7,45)	
Recommandations / textes règlementaires			
jamais	3 (6,38)	7 (7,37)	
parfois	26 (55,32)	52 (54,74)	0,8994
souvent	16 (34,04)	34 (35,79)	
toujours	2 (4,26)	2 (2,11)	
Explications +/- décision partagée			
jamais	0 (0)	4 (4,21)	
parfois	9 (19,15)	21 (22,11)	
souvent	24 (51,06)	50 (52,63)	0,4478
toujours	14 (29,79)	20 (21,05)	
Moyens mis en œuvre			
Attente / Suivi			
jamais	1 (2,63)	7 (8,64)	
parfois	12 (31,58)	25 (30,86)	
souvent	20 (52,63)	36 (44,44)	0,6611
toujours	5 (13,16)	13 (16,05)	
Outils d'aide diagnostique au cabinet			
jamais	8 (19,05)	18 (19,15)	
parfois	26 (61,9)	53 (56,38)	0,6044
souvent	6 (14,29)	21 (22,34)	
toujours	2 (4,76)	2 (2,13)	
Examens complémentaires			
jamais	0 (0)	0 (0)	
parfois	6 (13,04)	10 (10,75)	
souvent	30 (65,22)	69 (74,19)	(Chi) 0,5259
toujours	10 (21,74)	14 (15,05)	

		AVEC M.E.P.	SANS	
Avis spécialisés				
	jamais	0 (0)	0 (0)	
	parfois	14 (29,79)	29 (30,53)	(Chi) 0,9241
	souvent	27 (57,45)	56 (58,95)	
	toujours	6 (12,77)	10 (10,53)	
Avis de confrères				
	jamais	12 (27,91)	21 (22,83)	
	parfois	26 (60,47)	52 (56,52)	0,4048
	souvent	4 (9,3)	18 (19,57)	
	toujours	1 (2,33)	1 (1,09)	
Internet				
	jamais	19 (42,22)	43 (45,74)	
	parfois	19 (42,22)	40 (42,55)	0,8096
	souvent	7 (15,56)	10 (10,64)	
	toujours	0 (0)	1 (1,06)	
Documentation écrite				
	jamais	6 (13,04)	14 (15,05)	
	parfois	29 (63,04)	55 (59,14)	0,9255
	souvent	10 (21,74)	23 (24,73)	
	toujours	1 (2,17)	1 (1,08)	
Hospitalisation / Urgences				
	jamais	2 (4,35)	4 (4,26)	
	parfois	35 (76,09)	73 (77,66)	0,9715
	souvent	8 (17,39)	16 (17,02)	
	toujours	1 (2,17)	1 (1,06)	
Test thérapeutique				
	jamais	2 (4,44)	13 (14,29)	
	parfois	39(86,67)	64 (70,33)	0,1193
	souvent	4 (8,89)	14 (15,38)	
	toujours	0 (0)	0 (0)	

Conséquences

Indifférence

	jamais	41 (87,23)	75 (79,79)	
	parfois	5 (10,64)	12 (12,77)	0,6916
	souvent	1 (2,13)	6 (6,38)	
	toujours	0 (0)	1 (1,06)	

Anxiété, stress

	jamais	6 (12,77)	5 (5,26)	
	parfois	22 (46,81)	50 (52,63)	0,4734
	souvent	17 (36,17)	36 (37,89)	
	toujours	2 (4,26)	4 (4,21)	

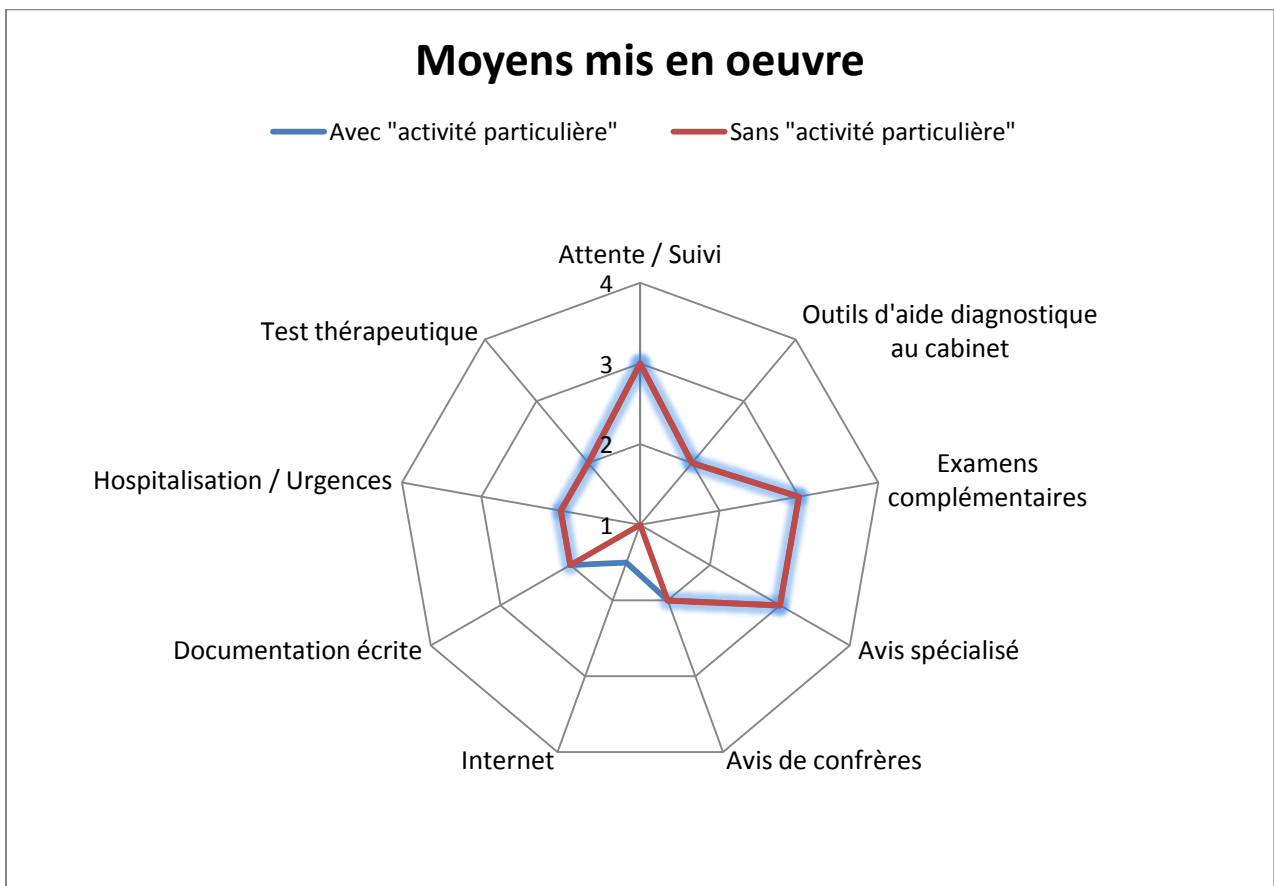
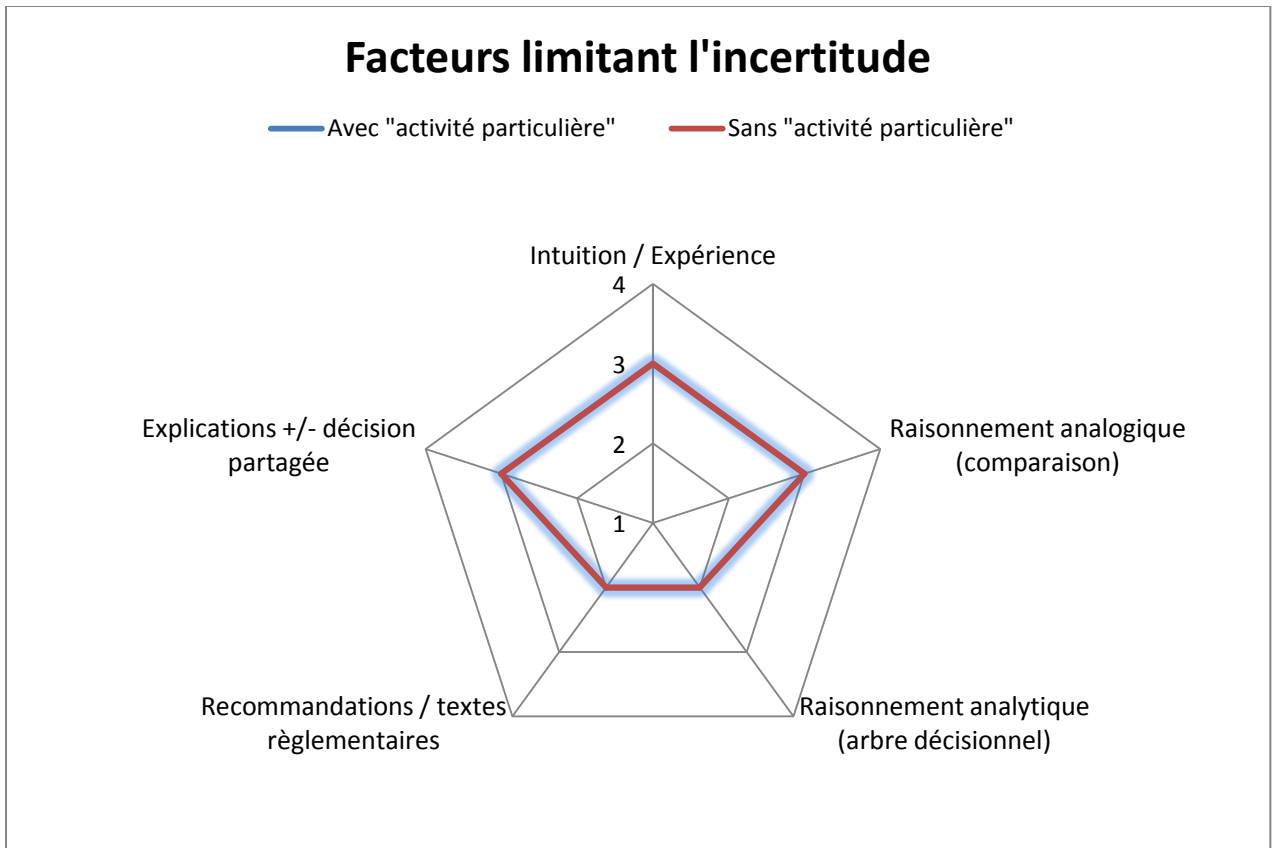
	AVEC M.E.P.	SANS	
Insatisfaction, frustration, déprime			
jamais	10 (21,74)	17 (17,89)	
parfois	24 (52,17)	61 (64,21)	0,4659
souvent	11 (23,91)	16 (16,84)	
toujours	1 (2,17)	1 (1,05)	
 Enervement, agacement			
jamais	12 (25,53)	24 (25,53)	
parfois	30 (63,83)	57 (60,64)	0,952
souvent	4 (8,51)	11 (11,7)	
toujours	1 (2,13)	2 (2,13)	
 Motivation, intérêt, stimulation			
jamais	2 (4,26)	6 (6,32)	
parfois	8 (17,02)	27 (28,42)	
souvent	30 (63,83)	53 (55,79)	0,3899
toujours	7 (14,89)	9 (9,47)	

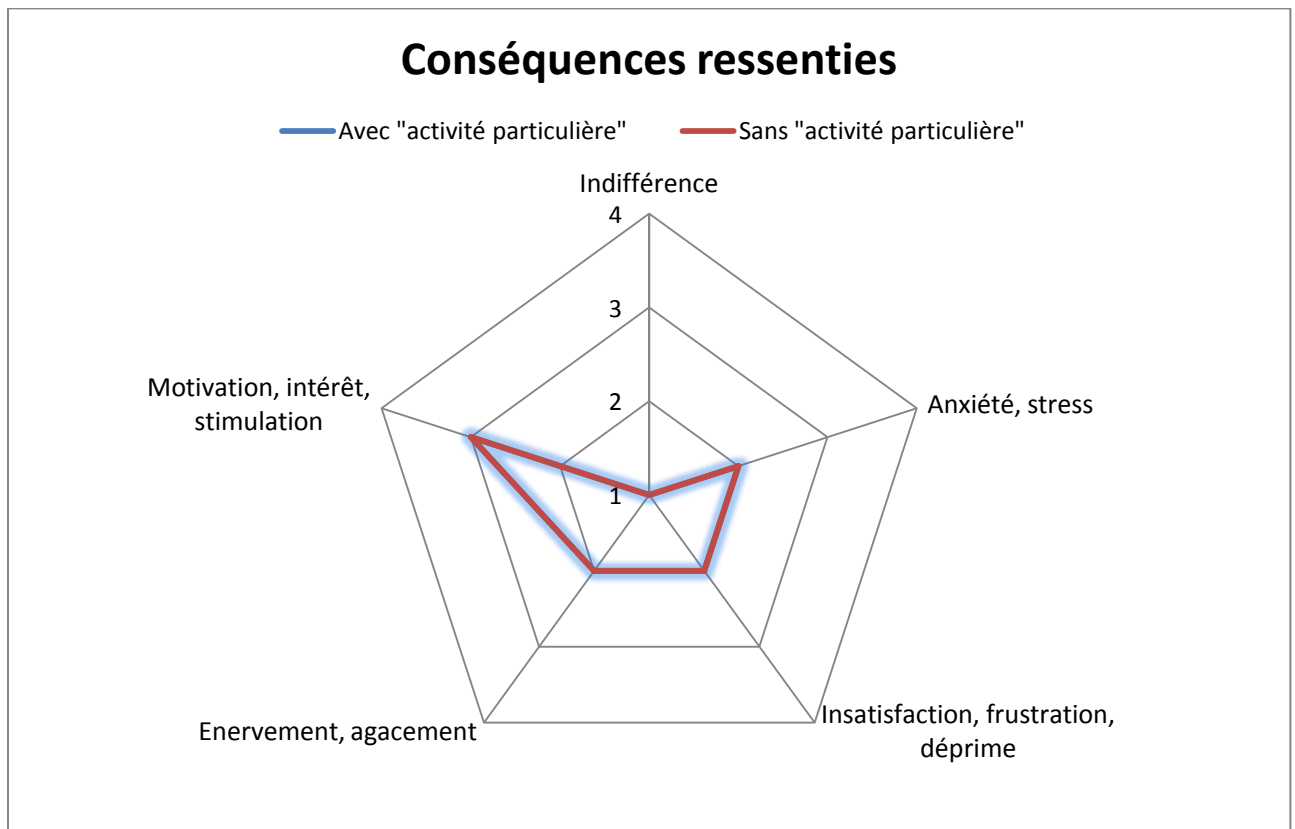
Résultats complémentaires:

- Concernant la fréquence de l'incertitude:

Tableau XVI: Fréquence de l'incertitude en fonction de l'exercice d'une activité particulière.

	Avec activité particulière	Sans activité particulière
Fréquence		
Au moins 1 fois par semaine	[1]27 (58.7 %)	70 (75.26 %)
Au plus 1 fois par mois	19 (41.3 %)	23 (24.73 %)





2.4. Discussion.

2.4.1. Résultats principaux et implications.

2.4.1.1. Analyse d'ensemble.

Cette étude a atteint son objectif principal et par là-même sa validité interne. Elle a permis de quantifier des attitudes et ainsi de définir plus précisément la façon dont les praticiens gèrent quotidiennement l'incertitude médicale qu'ils rencontrent dans leur exercice.

Commentaires concernant la répartition globale des réponses:

La majorité des questions ont une réponse dominante partagée par plus de 50% des médecins. Celles qui restent plus discutées concernent l'utilisation du raisonnement analytique et l'utilisation d'internet. Par contre, pour l'item "attente et/ou suivi" du chapitre "moyens mis en œuvre face à l'incertitude", on remarque plus de réponses manquantes que pour tous les autres, soit 16%. Difficile d'y attribuer une explication: problème de compréhension ou de clarté de l'énoncé? ou au contraire choix délibéré devant une notion non identifiée comme possible moyen de réduire l'incertitude?

Analyse plus approfondie des réponses aux thèmes abordés par l'étude:

Elle fait apparaître deux notions intéressantes.

La première découle des "facteurs limitant l'incertitude", elle pourrait s'intituler "place de l'Homme en médecine générale". Pour la majorité des médecins, trois des propositions ont été considérées comme "souvent" mises en œuvre, avant les autres, pour limiter l'incertitude en première intention. Il s'agit de l'intuition ou expérience, du raisonnement analogique par comparaisons, et des explications voire décision partagée avec le patient. Ceci traduit, il me semble, la part importante de l'expérience et de l'humain qui existe encore aujourd'hui dans l'exercice de la médecine générale libérale malgré la technicité croissante de la médecine en général. En effet, ce sont bien les items les plus "cartésiens" (raisonnement analytique par arbre décisionnel et recommandations ou autres textes réglementaires) qui arrivent en second, nuance gardée pour le raisonnement analytique comme vu précédemment. Force ou faiblesse, le débat est autre, mais cette dimension humaine de la médecine générale m'est apparue ici incontestable. Au-delà du constat, il serait légitime d'en chercher l'explication: héritage naturel de l'histoire de la profession ou aspect nécessaire au juste équilibre des hommes et du système de santé? Etudier cette question permettrait, je pense, un éclairage intéressant sur l'évolution de la médecine générale.

La seconde, que j'appellerais "investissement positif de l'incertitude par les généralistes" est illustrée par le dernier volet de l'étude: les "conséquences" de l'incertitude dans la vie des praticiens. L'indifférence est très majoritairement notée comme "jamais" ressentie. Motivation, intérêt, stimulation, sont au contraire considérés comme "souvent" ressentis, avant les autres propositions de sentiments plus négatifs. Voilà qui pourrait paraître à contre-courant de la littérature sur le sujet. En effet, plusieurs études semblent montrer que l'incertitude inhérente à l'exercice médical constitue une difficulté [1] [2] [3] [4] [5] [6]. Cependant, en y regardant de plus près, rares sont celles qui l'identifient comme facteur à part entière d'épuisement professionnel ou "burn-out" [7] [8]. Il est donc important de souligner cette absence de parallélisme automatique entre difficulté et conséquences négatives. C'est en cela que les résultats de cette étude me sont apparus intéressants. Ils mettent en lumière d'une part, l'intérêt des généralistes pour cet aspect difficile de leur exercice et d'autre part, le fait que celui-ci soit moteur plutôt que frein. La formation spécialisée doit y voir la justification et les pistes d'un enseignement spécifique nécessaire car pour la majorité des sondés les ressentis négatifs existent, malgré tout.

2.4.1.2. Analyse par groupe.

L'analyse comparative des groupes correspondant aux critères choisis (expérience, groupe de pairs, enseignement, activité particulière) permet de dégager certaines différences significatives dans leur façon d'appréhender l'incertitude. Elles sont au nombre de 7 pour environ 80 tests comparatifs, soit 8.75% des résultats.

Comme toujours en statistique, il conviendra de rester prudent si l'on considère l'existence du risque alpha, ou risque de première espèce, qui représente la probabilité de trouver une différence là où elle n'existe pas vraiment, si ce n'est par hasard, définie ici à 5% (p).

- Etude de l'influence de l'expérience:

C'est en fonction de ce paramètre (moins de 10 ans et plus de 10 ans d'expérience) que l'on démontre le plus de différences. De façon significative:

- l'intuition est davantage utilisée par les plus expérimentés,
- les tests thérapeutiques (ou traitement d'épreuve) également,
- les recommandations et autres textes règlementaires, à l'inverse, le sont moins.

Il apparaît ensuite d'autres possibles différences intéressantes, mais non significatives d'un point de vue statistique concernant la fréquence de l'incertitude, les avis de confrères, et les sentiments d'insatisfaction-frustration-déprime.

Précision au sujet de l'analyse de l'utilisation de test thérapeutique: le schéma résumant les réponses majoritaires place ce moyen comme plus important chez les moins expérimentés. En effet, ils sont paradoxalement plus nombreux à déclarer "souvent" les mettre en œuvre mais restent globalement moins nombreux à les utiliser en général.

- Etude de l'influence de la participation à un groupe de pairs:

Il ressort, de façon significative, que ceux qui y participent:

- très logiquement, se servent plus souvent de l'avis de leurs confrères,
- ressentent globalement moins souvent anxiété et stress, même si les seuls 10% qui affirment ne jamais les ressentir ne font justement pas partie de ces groupes. Ceci pourrait s'expliquer par l'absence de questionnement de cette minorité sur sa pratique.
- utilisent la documentation écrite globalement de la même façon que les autres, si ce n'est qu'ils sont plus nombreux à ne "jamais" l'utiliser.

Les autres différences concernent: l'utilisation des recommandations, de l'hospitalisation, et les sentiments de motivation-intérêt-stimulation. Elles ne sont pas statistiquement significatives.

- Etude de l'influence d'une activité d'enseignement:

Le seul résultat statistiquement significatif concerne l'utilisation d'avis spécialisés: alors que 14% des autres médecins les demandent "toujours" devant une situation d'incertitude, ce n'est le cas d'aucun de ceux impliqués dans l'enseignement. Cependant, comme leurs confrères, la majorité les font "souvent" intervenir.

Les quelques autres différences qui émergent, mais qui restent statistiquement non significatives, concernent: l'utilisation plus importante de l'attente et du suivi, d'internet et dans une moindre mesure les sentiments de motivation-intérêt-stimulation.

- Etude de l'influence d'une activité particulière:

Pour ce groupe aucune différence significative n'est relevée.

La seule différence qui apparaît concerne la fréquence de l'incertitude qui semble moins importante chez ces médecins à mode d'exercice particulier (MEP), sans que cela soit ici statistiquement significatif. Mais le manque de puissance semble particulièrement marqué pour ce dernier groupe. Hétérogène dans sa composition (salariés partiels, MEP variés mais peu nombreux), l'effectif s'est révélé être d'autant plus insuffisant.

2.4.2. Forces et faiblesses de l'étude

La force principale de cette étude est la représentativité importante de l'échantillon étudié. Le taux élevé de réponse a permis d'obtenir un groupe dont les caractéristiques démographiques sont très proches de celles de la population étudiée.

Les répondeurs de l'étude ont 53.84 ans de moyenne d'âge, sont 23.97% à être des femmes et 50% à avoir 55 ans ou plus.

D'après les données de l'Ordre des médecins départemental, on trouve en Janvier 2013:

- en Corrèze: 228 médecins installés en médecine générale (déduction faite des allergologues, angiologues et urgentistes), dont la moyenne d'âge est de 53.2 ans et la proportion de femmes de 25%.

D'après l'étude STATISS de l'ARS, on trouve en 2012:

- en Corrèze: 265 médecins généralistes libéraux ou mixtes, dont 128 soit 48,3 % ont 55 ans ou plus

- en Limousin: 919 médecins généralistes libéraux ou mixtes, dont 406 soit 44,2 % ont 55 ans ou plus.

Ces résultats descriptifs peuvent donc être généralisés à l'ensemble de la population ciblée (les médecins exerçant la médecine générale libérale en Corrèze) et ainsi donner à l'étude sa validité externe. Aucun chiffre à l'échelle nationale n'a, par contre, pu être retrouvé concernant cette population précise des généralistes libéraux excluant les urgentistes, allergologues et angiologues. L'extrapolation à l'ensemble du territoire reste donc soumise à la représentativité ou non des Corrèziens, à laquelle on a cependant tout lieu de croire devant l'absence d'étude prouvant le contraire.

Les faiblesses de cette étude résident surtout en deux points:

- le biais du mode déclaratif. L'appréciation que les médecins ont de leur propre pratique n'est peut-être pas le reflet exact de la réalité de celle-ci.

- un possible manque de puissance. L'absence de différence statistiquement significative dans la majorité des tests comparatifs peut venir du fait que cette différence n'existe effectivement pas, ou bien que l'étude n'était pas assez puissante (effectif) pour la mettre en évidence.

2.4.3. Comparaison aux travaux existants

Très rares dans la littérature sont les études de terrain qui concernent la gestion de l'incertitude par les médecins. Deux d'entre elles ont retenu mon attention.

La plus récente date de février 2013. A travers sa thèse de médecine générale, M. Lorenzo s'intéresse à la tolérance de l'incertitude en médecine générale, par le biais d'une étude qualitative et d'une démarche de théorisation ancrée (processus visant à expliciter des données recueillies sans avoir été orientées par une problématique de départ). Il dégage ainsi certains déterminants du niveau de tolérance à l'incertitude des médecins généralistes comme: le contexte de la consultation, la relation entre le patient et le médecin, l'expérience du médecin et l'évaluation du risque de la situation faite par lui. Intéressante pour tenter de mieux comprendre des phénomènes comme la variabilité du seuil de tolérance, cette méthode expérimentale en partie biaisée, ne permet pas, d'après son auteur, de généralisation des conclusions.

La deuxième étude pouvant se rapprocher de la nôtre, serait celle réalisée en Suisse en 2007 par une équipe du CHU de Genève. Enquête postale transversale, elle avait pour objectif de décrire les réactions à l'incertitude des médecins de toute spécialité, étudiants

compris. Pour cela, elle a comparé aux données sociodémographiques et professionnelles des sondés, différentes échelles: celle de l'anxiété due à l'incertitude, celle de l'inquiétude due aux mauvais résultats et celle de la satisfaction au travail. Assez logiquement les plus anxieux sont apparus les moins satisfaits de leur travail. Mais cela explore davantage les conséquences de l'anxiété due à l'incertitude que l'ensemble des réactions à celle-ci. Il est cependant intéressant de noter que l'impact de l'anxiété due à l'incertitude sur la satisfaction au travail s'est révélé être plus important chez les médecins en formation. La conclusion des auteurs rejoint la notre sur l'utilité d'intégrer dans la formation les stratégies utiles à la gestion de cette incertitude.

Conclusion

De nombreuses incertitudes, diagnostiques, thérapeutiques ou relationnelles, entourent la plupart des décisions médicales. Elles constituent une difficulté incontestable de l'exercice médical quotidien, en particulier en médecine générale.

Cette étude quantitative et descriptive, menée en Corrèze, a permis d'étudier la gestion de cette incertitude par les généralistes libéraux installés, dans leur ensemble, puis en fonction de critères choisis: expérience, participation à un groupe de pairs, activité d'enseignement, mode d'exercice particulier.

L'analyse comparative des groupes correspondants aux critères étudiés a révélé quelques différences significatives. Les médecins les plus expérimentés utiliseraient davantage l'intuition et les tests thérapeutiques mais moins souvent les recommandations. Les participants aux groupes de pairs se serviraient plus souvent de l'avis de leurs confrères et ressentiraient moins d'anxiété et de stress. Quant aux enseignants, ils solliciteraient moins systématiquement les avis spécialisés. D'autres différences sont apparues mais en restant statistiquement non significatives pour les effectifs de cette étude.

L'analyse d'ensemble a permis de démontrer deux notions essentielles. La première est le rôle important de l'expérience et des relations humaines comme facteur limitant de l'incertitude en médecine générale. La seconde est l'intérêt des généralistes pour cette problématique de l'incertitude dans la décision médicale et son vécu finalement positif voire stimulant.

En effet, les incertitudes qui jalonnent l'exercice de la médecine générale permettent finalement peut-être à ses praticiens de se renouveler en permanence, en leur offrant un rôle irremplaçable dans la décision médicale.

Références bibliographiques

- [1] BOVIER P. A., PERNEGER T. V. « Stress from uncertainty from graduation to retirement--a population-based study of Swiss physicians ». *J. Gen. Intern. Med.* . mai 2007. Vol. 22, n°5, p. 632-638.
- [2] PAWLAK C. « Empathie, Incertitude et identité professionnelle du médecin ». In : *Ann. Médico-Psychol.*, 1996. p. 511-518.
- [3] GUENTER D., FOWLER N., LEE L. « L'incertitude clinique Aider nos étudiants ». *Can. Fam. Physician.* 1 janvier 2011. Vol. 57, n°1, p. 123-125.
- [4] NEVALAINEN, KUIKKA, SJOBERG, ERIKSSON, PIKALA. « Tolerance of uncertainty and fears of making mistakes among fifth-year medical students ». avril 2012.
- [5] GALLOIS P. « Gérer l'incertitude de la pratique médicale ». *Médecine.* mars 2010. Vol. 6, n°3, p. 124-6.
- [6] ALLISON J. J., KIEFE C. I., COOK E. F., GERRITY M. S., ORAV E. J., CENTOR R. « The association of physician attitudes about uncertainty and risk taking with resource use in a Medicare HMO ». *Med. Decis. Mak. Int. J. Soc. Med. Decis. Mak.* septembre 1998. Vol. 18, n°3, p. 320-329.
- [7] COOKE, DOUST, STEELE. « A survey of resilience, burnout, and tolerance of uncertainty in Australian general practice registrars. » *BMC Med Educ.* . janvier 2013.
- [8] COMMISSION PRÉVENTION ET SANTÉPUBLIQUE DE L'UNION RÉGIONALE DES MÉDECINS LIBÉRAUX. *L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens: témoignages, analyses et perspectives.* juin 2007.
- [9] MARTIN-DU-PAN R. C. « Uncertainty ». *Ostéoporose.* 10 juin 2009. Vol. Volume 207, n°23, p. 1340a-1340a.
- [10] LORENZO M. *Tolérance à l'incertitude en médecine générale- démarche de théorisation ancrée à partir de 14 entretiens.* 2013.
- [11] GOOD M.-J. D., MUNAKATA T., KOBAYASHI Y. « Temps narratif et incertitude en médecine clinique ». *Anthr. Sociétés.* 1993. Vol. 17, n°1-2, p. 79.
- [12] HEWSON M. G., KINDY P. J., VAN KIRK J., GENNIS V. A., DAY R. P. « Strategies for managing uncertainty and complexity ». *J. Gen. Intern. Med.* août 1996. Vol. 11, n°8, p. 481-485.
- [13] DEVICTOR D. « Spécificité de la prise de décision en médecine. » *Espace Natl. Réflexion Éthique Sur Mal. Alzheimer.* avril 2011.
- [14] SANCHE G., CAIRE FON N. « Quand l'incertitude s'en mêle ». *Médecin Québec.* mai 2010. Vol. 45, n°5,.
- [15] RAINERI, MARTINEZ, ARNOULD, HEBBRECHT, DUHOT, LANQUE, MANIETTE. *Qualité de la prescription médicamenteuse. Quel impact de la participation à un groupe de pairs.* septembre 2008.
- [16] KIEFER B. « Méli-mélo d'incertitudes - Revue médicale suisse ».
- [17] REID, WHOOLEY, CRAYFORD, HOTOPF. « Medically unexplained symptoms--GPs' attitudes towards their cause and management ». *Fam Pract.* octobre 2001. p. 519-523.

- [18] AUBERT J. « Médecine générale : complexités et incertitudes ». *Thérapeutique*. 26 août 2009. Vol. Volume 214, n°30, p. 1680-1681.
- [19] CHEMLA, ABASTADO. « Médecine et étymologie ». juin 2008.
- [20] FOX R. C. *L'incertitude médicale*. Ciaco., 1988. 202 p.(Catalyses). ISBN : 2-87085-141-3.
- [21] BLOY G. « L'incertitude en médecine générale: sources, formes et accomodements possibles ». *Sci. Sociales Santé*. mars 2008. Vol. 26, n°1, p. 67-92.
- [22] DUHOT D., CLERC P. « L'incertitude en médecine générale : Comment la réduire ». In : *Rev. Prat. Médecine Générale. JNMG 2007 : Journées nationales de médecine générale*: Huveaux, p. 1077-1078.
- [23] CANASSE S. *L'incertitude constitutive de la médecine générale*. mai 2008.
- [24] PAOLAGGI J.-B., COSTE J. *Le Raisonnement médical: De la science à la pratique clinique - Google Livres*. ESTEM., 2001. ISBN : 2 84371 108 8.
- [25] *Le Petit Robert 2013*, 2012. ISBN : 978-2-32100-042-6.
- [26] *Le petit Larousse 2012*, 2011. ISBN : 978-2-03-584097-4.
- [27] *Le nouveau Littré édition 2006*. Garnier frères, 2005. ISBN : 2-35184-000-3.
- [28] *Le Dictionnaire de la langue française*, 1982. ISBN : 0-85229-405-02.
- [29] CHIPEAUX-MEURISSE E. *Le « gut feeling » chez les médecins généralistes de terrain du Finistère : définition, modélisation et implications*. Thèse d'exercice, 2011. 95 p.
- [30] JOUTEAU D. *La notion de risque lié à l'incertitude diagnostique en médecine de premier recours : proposition de définition et finalisation d'une méthode pratique permettant d'élaborer une liste des dangers inhérents à chaque résultat de consultation du DRC de la Société française de médecine générale*. Thèse d'exercice, 2011. 215 p.
- [31] HAMOUDI KAMEL. *La gestion du risque d'erreur diagnostique en soins primaires par les médecins généralistes juniors : une étude clinique exploratoire*. Thèse d'exercice, 2009. 98 p.
- [32] PIROTTE B. « La gestion du doute par le médecin généraliste ». *Santé Conjug*. janvier 2010.
- [33] COMITÉ DE LA PRÉVENTION ET DE LA PRÉCAUTION. C. G. AU DÉVELOPPEMENT DURABLE. D. DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION. S. DE LA RECHERCHE. *La décision publique face à l'incertitude*. mars 2010.
- [34] MÉNORET M. « Informer mais convaincre: incertitude médicale et rhétorique statistique en cancérologie ». *Sci. Sociales Santé*. 2007. Vol. 25, n°1, p. 33-54.
- [35] CEGEDIM-ACTIV. *étude SADM synthèse*. juillet 2010.
- [36] SERRES E. R. A. *Essai sur la certitude et l'incertitude de la médecine* : Paris, 1810.
- [37] HENEGHAN C., GLASZIOU P., THOMPSON M., ROSE P., BALLA J., LASSERSON D., SCOTT C., PERERA R. « Diagnostic strategies used in primary care ». *BMJ*. 2009. Vol. 338

- [38]VOLANT LE BERRE C. *Décision médicale et incertitude : place de l'expérience : Etude du Gut feeling chez les internes du premier semestre de médecine générale par procédure Delphi*. Thèse d'exercice, 2011. 108 p.
- [39]CECCALDI J. « De la science à l'ouverture clinique : gérer l'incertitude dans la relation de soin ». *Médecine Palliat. Soins Support - Accompagnement - Éthique*. juin 2012. Vol. 11, n°3, p. 158-163.
- [40]LAZORTHES G. « Connais-toi toi-même » *Actualité de l'injonction de Socrate*. novembre 2003.
- [41]DAYDÉ M.-C. « Complexité, incertitude et interdisciplinarité : l'apport du travail en réseau ». *Médecine Palliat. Soins Support - Accompagnement - Éthique*. juin 2012. Vol. 11, n°3, p. 164-169.
- [42]« Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales ». Disponible sur : <
<http://www.cnrtl.fr/portail/>
- [43]ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE. *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*. Paris : Masson, 1836.
- [44]MIRA J. , GUILABERT M., PÉREZ-JOVER V., LORENZO S. « Barriers for an effective communication around clinical decision making: an analysis of the gaps between doctors' and patients' point of view ». *Heal. Expect. Int. J. Public Particip. Heal. Care Heal. Policy*. 17 août 2012.
- [45]PELACCIA T., TARDIF J., TRIBY E., CHARLIN B. « An analysis of clinical reasoning through a recent and comprehensive approach: the dual-process theory ». *Med. Educ. Online*. 14 mars 2011. Vol. 16
- [46] AGENCE REGIONALE de SANTE. « STATIS (Statistiques et indicateurs de santé) Limousin 2012 ». ISSN : 2256-6570.
- [47] KISSLING, TSCHUD, HERZIG. « La complexité et l'incertitude en médecine de famille ». *Résumé de l'information aux médias concernant le congrès WONCA Europe de Bâle 2009 intitulé « The fascination of complexit y- Dealing with individuals in a fieldof uncertainty »*. Primary Care 2010 n°1.

Table des annexes

Annexe 1. Courrier de présentation aux médecins.	66
Annexe 2. Questionnaire adressé aux médecins.	67

Annexe 1. Courrier de présentation aux médecins.

Marie PINCE
2 avenue Alfred de Musset- appt 69
19100 BRIVE-la-GAILLARDE
06.79.86.76.04.
mpoppinc@yahoo.fr

Brive, le 07/11/2012

Cher confrère,

L'incertitude fait partie de notre quotidien médical, à plusieurs niveaux (diagnostique, thérapeutique, limites de la science, limites personnelles du médecin et du patient...). Comment l'apprivoiser au mieux?

Cette thèse a pour objectif d'évaluer l'importance relative des **stratégies mises en place par les médecins généralistes, face à des situations de doute ou d'incertitude dans la pratique médicale**. Elle permettra également de se rendre compte de l'**impact** de ces situations sur les médecins eux-mêmes, et de dégager des pistes de réflexion sur les améliorations possibles de notre exercice.

Elle se concentre sur les médecins généralistes exerçant en libéral, au moins pour partie, en Corrèze.

Vos réponses sont anonymisées.

Je vous adresse par avance mes plus vifs remerciements pour votre très précieuse participation.

Si les résultats de l'étude vous intéressent, n'hésitez pas à me le faire savoir.

Bien confraternellement,

signature.

Annexe 2. Questionnaire adressé aux médecins.

Questionnaire : *La gestion de l'incertitude en médecine générale.*

Données civiles et professionnelles :

- 1) Civilité: Age : Sexe : M / F
- 2) Vous exercez la médecine générale depuis : ... années
- 3) Votre activité de soin est :

<i>Libérale exclusivement</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	
<i>En établissement de santé partiellement</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>Lequel :</i>
<i>Salariée exclusivement</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	
<i>Avec un mode d'exercice particulier</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>Lequel :</i>

- 4) Votre lieu d'exercice (1 réponse possible):

<i>Urbain</i> (= moins de 5 km d'un hôpital)	<i>Oui</i>	<i>Non</i>
<i>Semi-rural</i> (= de 5 à 14 km d'un hôpital)	<i>Oui</i>	<i>Non</i>
<i>Rural</i> (= 15 km et plus d'un hôpital)	<i>Oui</i>	<i>Non</i>

- 5) Votre « formation continue » (plusieurs réponses possibles):

<i>FMC régulières et indépendantes</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	
<i>Revue(s) professionnelle(s)</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>Titre(s):.....</i>
<i>D.I.U., D.U., capacité, autre(s) diplôme(s)</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	
<i>Groupe de pairs (échanges de pratique)</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	
<i>Groupe Balint</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	
<i>Enseignement, maître de stage</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	
<i>Autre(s) :.....</i>			

« L'incertitude et vous » :

- 1) Fréquence:
Vous rencontrez des situations d'incertitude ... : (une seule réponse possible)

<i>... 1 à 5 fois par jour</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>
<i>... 1 à 5 fois par semaine</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>
<i>... 1 à 5 fois par mois</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>
<i>... 1 à 5 fois par an</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>

2) Sujets concernés:

Citer 3 sujets récents, ou habituels, sources d'incertitude dans votre exercice:

-

-

-

3) Facteurs limitant l'incertitude (en "première intention") merci de remplir chaque item:

	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
<i>Intuition / Expérience</i>				
<i>Raisonnement analogique (comparaison)</i>				
<i>Raisonnement analytique (arbre décisionnel)</i>				
<i>Recommandations professionnelles, textes réglementaires...</i>				
<i>Explications approfondies avec le patient +/- décision(s) partagée(s).</i>				

4) Moyens mis en œuvre face aux situations d'incertitude (en "deuxième intention") merci de remplir chaque item:

	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
<i>Attente / Suivi</i>				
<i>Outils d'aide diagnostique au cabinet préciser : (scores, tests...)</i>				
<i>Examens complémentaires</i>				
<i>Avis spécialisé</i>				
<i>Avis de confrères (associés, G. de pairs...)</i>				
<i>Internet préciser : (sites ou moteurs de recherche utilisés)</i>				
<i>Documentation écrite préciser : (livres, fiches...)</i>				
<i>Hospitalisation / Urgences</i>				
<i>Test thérapeutique</i>				
<i>Autre(s) :.....</i> .				

5) Les conséquences dans votre vie de la présence d'incertitude dans le quotidien médical

merci de remplir chaque item:

	<i>Pas du tout</i>	<i>Parfois</i>	<i>Souvent</i>	<i>Quotidien</i>
<i>Indifférence</i>				
<i>Anxiété, Stress</i>				
<i>Insatisfaction, frustration, déprime</i>				
<i>Enervement, agacement</i>				
<i>Motivation, intérêt, stimulation</i>				

Table des tableaux

Les résultats notés en rouge dans les tableaux représentent les réponses arrivées en tête pour chaque item.

Tableau I: Sexe et caractéristiques socioprofessionnelles des répondeurs.....	28
Tableau II: Répartitions des âges et années d'expériences des répondeurs.....	29
Tableau III: Fréquence de l'incertitude pour l'ensemble des répondeurs.....	30
Tableau IV: Réponses de l'ensemble des médecins.....	32
Tableau V: Réponses en fonction de l'expérience.....	34
Tableau VI: Fréquence de l'incertitude en fonction de l'expérience (résultat complémentaire).....	37
Tableau VII: Moyens mis en œuvre face à l'incertitude en fonction de l'expérience (résultats complémentaires).....	37
Tableau VIII: Conséquences de l'incertitude en fonction de l'expérience (résultats complémentaires).....	38
Tableau IX: Réponses en fonction de la participation à un groupe de pairs.....	40
Tableau X: Facteur limitant l'incertitude en fonction de la participation à un groupe de pairs (résultat complémentaire).....	43
Tableau XI: Moyens mis en œuvre en fonction de la participation à un groupe de pairs (résultats complémentaires).....	43
Tableau XII: Conséquences de l'incertitude en fonction de la participation à un groupe de pairs (résultats complémentaires).....	43
Tableau XIII: Réponses en fonction d'une activité d'enseignement	45
Tableau XIV: Moyens mis en œuvre en fonction d'une activité d'enseignement (résultats complémentaires).....	48
Tableau XV: Réponses en fonction de l'exercice d'un Mode d'Exercice Particulier (MEP).....	50
Tableau XVI: Fréquence de l'incertitude en fonction de l'exercice d'une activité particulière.....	53

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à 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 les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Marie PINCE

Gestion de l'incertitude en médecine générale

Etude quantitative en Corrèze

Résumé :

De nombreuses incertitudes accompagnent la plupart des décisions médicales, représentant une difficulté de l'exercice quotidien. Cette étude quantitative descriptive, menée grâce à un questionnaire adressé aux médecins généralistes libéraux installés en Corrèze, a étudié la gestion de l'incertitude par les généralistes dans leur ensemble, puis en fonction des critères suivants: expérience, participation à un groupe de pairs, activité d'enseignement, mode d'exercice particulier.

L'analyse comparative des groupes correspondants aux critères étudiés révèle quelques différences significatives. Les médecins les plus expérimentés utiliseraient davantage l'intuition et les tests thérapeutiques mais moins souvent les recommandations. Les participants aux groupes de pairs se serviraient plus souvent de l'avis de leurs confrères et ressentiraient moins d'anxiété et de stress. Quant aux enseignants, ils solliciteraient moins systématiquement les avis spécialisés. D'autres différences apparaissent mais restent statistiquement non significatives pour les effectifs de cette étude.

L'analyse d'ensemble permet de démontrer deux notions essentielles. La première est le rôle important de l'expérience et des relations humaines comme facteur limitant de l'incertitude. La seconde est l'intérêt des généralistes pour cette problématique de l'incertitude dans la décision médicale et son vécu finalement positif, voire stimulant.

Mots-clés : INCERTITUDE, MEDECINE GENERALE, GESTION, DECISION MEDICALE

Management of uncertainty in general medicine

Quantitative study in Corrèze (France, 19)

Summary:

Many uncertainties are involved in most of medical decisions, which is a difficulty in the daily practise. This quantitative descriptive study, led by a questionnaire sent to liberal general practitioners (GP) based in Corrèze, has studied the management of uncertainty by GPs on the whole then, in terms of the following criterias: experience, participation in a peer group, teaching activity, peculiar practise mode.

The benchmarking of the groups, in compliance with the studied criterias, reveals some significant differences. The most experienced GPs are more likely to use intuition and therapeutic tests than recommendations. Participants in peer groups would use more often colleagues's opinion and would be less affected by anxiety and stress. As for teachers, they would seek expert advice less systematically. Other differences arose but are statistically not significant for study's effectives.

The overall analysis allow to demonstrate two important concepts. The first one is the major role of experience and human relations as a limiting factor of uncertainty. The second one is the interest that GPs have about this problematic of uncertainty in their medical decisions and its experience, which is eventually positive or even stimulating.

Keywords: UNCERTAINTY, GENERAL MEDECINE, MANAGEMENT, MEDICAL DECISION.