

**THESE  
PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE  
DOCTEUR EN MEDECINE**

Diplôme d'Etat  
DES de Médecine générale

**PAR**

**Mathieu LORENZO**  
Née le 14 aout 1985 aux Lilas

**TOLERANCE A L'INCERTITUDE EN  
MEDECINE GENERALE**

**Une démarche de théorisation ancrée à partir  
de 14 entretiens**

**Sous la direction de :  
Monsieur Le Docteur Hubert MAISONNEUVE**

**Président du Jury :  
Monsieur le Professeur Christian BONAHE**























## REMERCIEMENTS

Merci au Dr Maisonneuve Hubert pour son aide et ses remarques tout au long de l'élaboration de ma thèse. Merci de m'avoir introduit au monde de la recherche qualitative et de la théorisation ancrée.

Merci aux Professeur Christian Bonah pour ses critiques constructives et pour avoir accepté de présider ma thèse.

Merci aux Professeur Thierry Pottecher pour son enseignement de la pédagogie et pour avoir accepté de faire partie de mon jury.

Merci au Professeur Gilles Bertschy d'avoir accepté de faire partie de mon jury.

Merci à l'ensemble des participants de mon étude pour m'avoir accordé un entretien malgré un emploi du temps plus que chargé.

## REMERCIEMENTS

Merci Divya de m'avoir supporté pendant ces moments parfois difficiles ces derniers mois. Merci pour tes relectures, tes remarques, ton sens aiguisé de l'orthographe et de la conjugaison et ton aide pratique.

Merci à ma mère pour sa relecture attentive et ses remarques lumineuses.

Merci à mon père pour son aide au cours de mon recueil de données et son soutien.

Merci à ma grand-mère pour son envie depuis des années de me voir enfin soutenir ma thèse.

Merci à ma sœur pour son aide pratique au quotidien.

Merci à mes amis, ma famille, O'malley, Pot de paille, et tous ceux que j'oublie.

## SOMMAIRE

---

INTRODUCTION.....	16
MATERIEL ET METHODES.....	18
LA THEORISATION ANCREE .....	18
L'ENTRETIEN.....	19
INVESTIGATEUR .....	19
POPULATION .....	19
MODE D'ACCES AUX INTERVIEWES .....	20
LE PLAN D'ENTRETIEN .....	20
LA REALISATION DES ENTRETIENS .....	21
RETRANSCRIPTION DES ENTRETIENS.....	22
ANALYSE DES ENTRETIENS.....	23
FINANCEMENT .....	24
CONFLIT D'INTERET .....	24
ETHIQUE.....	24
RESULTATS .....	25
L'INCERTITUDE .....	26
TOLERANCE A L'INCERTITUDE.....	27
LE CONTEXTE DE LA CONSULTATION.....	27
LES FACTEURS LIES AU MEDECIN .....	29
LES FACTEURS LIES AU PATIENT .....	30
LA RELATION ENTRE LE MEDECIN ET LE PATIENT .....	31
LE RAISONNEMENT CLINIQUE ET L'ESTIMATION DU RISQUE.....	32
LES INCERTITUDES.....	36
DISCUSSION .....	39
RAPPEL DES PRINCIPAUX RESULTATS .....	39
PRECISIONS SUR LES TERMES EMPLOYES .....	39
MISE EN RELATION.....	41
INTEGRATION.....	47
MODELISATION .....	48
RAPPROCHEMENT AVEC LE GUT FEELING .....	49
THEORISATION.....	51
PERSPECTIVES .....	55
FORCES ET FAIBLESSES.....	55
CONCLUSION : .....	58
BIBLIOGRAPHIE .....	60
ANNEXE 1 : exemple de retranscription d'un entretien .....	64

## INTRODUCTION

---

Lors des premiers contacts d'un jeune praticien avec les soins primaires hors de l'hôpital, une constatation s'impose : la pratique de la médecine générale place le médecin face à des situations où il ne possède pas toutes les informations qui pourraient lui paraître nécessaires pour poser un diagnostic ou prendre sa décision (1,2). En 2010 il y a eu en France métropolitaine 226 200 308 consultations de médecine générale pour 53 422 médecins soit en moyenne 4234 consultations par an et par médecin(3). Une étude hollandaise montre que la prévalence des consultations concluant à des symptômes médicalement inexpliqués serait de 13% en médecine générale (4). Chaque médecin généraliste est donc confronté quotidiennement à ces situations. Pour des raisons qui, nous l'espérons, s'éclairciront dans la suite de ce travail nous qualifierons ces situations de situations d'incertitude.

Pour en déterminer les caractéristiques d'une façon socialement admise, nous avons choisi de définir l'incertitude selon le Larousse : l'incertitude est l'état de quelqu'un qui ne sait quel parti prendre, ou l'état plus ou moins préoccupant de quelqu'un qui est dans l'attente d'une chose incertaine. Le choix d'une définition imprécise était motivé par des considérations méthodologiques comme nous le verrons plus loin. Dans ce travail, il ne sera jamais question de l'incertitude dans son acception statistique ou politique(5). Par ailleurs, cette définition renvoie à la notion de décision comme nous le verrons plus loin.

Plusieurs travaux se sont penchés sur les modes d'accommodation possibles à l'incertitude (1,6-9). D'autres se sont penchés sur les sources de ces situations en abordant les phénomènes de somatisation (10), en décrivant la complexité de certaines

consultations (11) ou en proposant des solutions pour réduire l'incertitude (1,9,12). Peu de travaux se sont penchés sur les déterminants de l'incertitude (13).

Nous avons réalisé une étude qualitative dont l'objectif principal était d'essayer d'appréhender les différentes représentations et formes de l'incertitude, d'en approfondir les particularités, et de tenter de la théoriser dans une démarche de théorisation ancrée(14,15).

Ce travail s'adresse principalement aux médecins généralistes, aux chercheurs en éducation médicale et aux enseignants en médecine générale. Ce travail se place dans le champ de l'éducation médicale avec des ancrages disciplinaires du côté de la médecine et du raisonnement clinique d'une part, et de la psychologie cognitive d'autre part.

Il se situe selon la classification d'Albert (16) à mi-chemin entre les pôles pour producteurs et pour utilisateurs, en essayant de participer à la construction du savoir dans le domaine de l'incertitude en médecine et en proposant un modèle de compréhension de ces situations. L'auteur s'inscrit dans le paradigme interprétativiste (17) qui présuppose notamment que le savoir est subjectif et qu'il y a de multiples interprétations possibles de la réalité.

## MATERIEL ET METHODES

---

Une étude qualitative par théorisation ancrée a été réalisée à partir d'entretiens individuels semi-directifs auprès de médecins généralistes.

Les caractéristiques de ce travail sont détaillées selon les critères COREQ (Consolidated criteria for reporting qualitative research) (18).

### LA THEORISATION ANCRÉE

---

L'expression de **théorisation ancrée** de Paillé (19) constitue une traduction de « **grounded theory** », l'approche de théorisation empirique et inductive décrite en 1967 par Glaser et Strauss(14). Cette démarche de recherche diffère des méthodes classiques puisque le chercheur débute le recueil des données avant d'émettre des hypothèses. A partir de ces données, le chercheur définit sa problématique de recherche secondairement. Cette démarche vise à théoriser un phénomène. Le mot théorisation peut effrayer. Il ne s'agit pourtant pas là de concevoir de grandes théories mais plutôt d'explicitier les thèmes issus de l'analyse des données, de les mettre en relation et d'en extraire le sens. Il faut comprendre le mot théorisation comme processus et non comme résultat. La théorie proposée provient des données, d'où le nom de théorisation ancrée. Une caractéristique majeure de cette recherche est la simultanéité de la collecte et de l'analyse des données qui permet d'orienter les entretiens ultérieurs(15).

Dans notre étude, cela permet un travail exploratoire sur l'incertitude en plaçant l'investigateur dans une position naïve vis-à-vis de son sujet, le but étant de recueillir les représentations singulières à chaque individu de l'incertitude.

## L'ENTRETIEN

---

Cette étude visant la connaissance d'un système pratique nécessitait la production de discours modaux et référentiels (20). **L'entretien individuel** consiste en une conversation en tête-à-tête entre un investigateur désigné ici sous le terme d'interviewer, et un participant de l'étude appelé interviewé (ici un médecin généraliste). Cet entretien fait produire à l'interviewé un discours qui est le prolongement d'une expérience concrète ou imaginaire, et ne nécessite pas de classement à priori des éléments déterminants (20). **Le focus-group** est par opposition une discussion en groupe visant à refléter l'interaction entre les attitudes des participants et le processus social au sein du groupe. Nous avons écarté ce type d'investigation pour ne pas influencer les participants et recueillir le maximum de diversité dans les réponses en accordant à chacun un espace de parole satisfaisant.

## INVESTIGATEUR

---

Les entretiens ont été conduits par l'auteur, interne en médecine générale, homme de 26 ans. Il s'agissait de sa première expérience dans la réalisation d'interviews.

## POPULATION

---

La population de cette étude était constituée exclusivement de médecins généralistes en exercice pour ancrer le discours dans des situations récentes et minimiser les biais de mémorisation.

Les participants ont été choisis dans un souci de diversification de l'échantillon. Nous cherchions à obtenir un maximum de réponses différentes pour enrichir les données. Le mode de sélection des participants était basé sur le réseau professionnel de l'auteur, la sélection aléatoire sur un registre local (Pages Jaunes) et sur les recommandations des participants (méthode de proche en proche).

Le nombre de participants à inclure fut déterminé par la méthode de la **saturation** extraite de la démarche de théorisation ancrée(14,15). Celle-ci consiste à inclure de nouveaux participants jusqu'à ce que la variété de réponses exprimées ne diffère plus lors des différents entretiens. La saturation des données était atteinte lorsque la réalisation de 3 entretiens consécutifs n'apportait pas de donnée nouvelle.

#### MODE D'ACCES AUX INTERVIEWES

---

Les modes d'accès directs par contact téléphonique, rencontre en face-à-face ou e-mails étaient privilégiés. Parmi les méthodes indirectes, la méthode de proche en proche, c'est-à-dire demander à un interviewé de designer de potentiels futurs interviewés fut employée du fait de son caractère très opératoire.

Les entretiens n'étaient pas indemnisés.

#### LE PLAN D'ENTRETIEN

---

Le plan d'entretien correspondait au guide d'entretien et aux stratégies d'interventions de l'interviewer pour maximiser l'information obtenue sur chaque thème.

Le guide d'entretien a été réalisé par l'auteur en association avec le département de médecine générale de la faculté de médecine de l'université de Strasbourg (UDS). Nous avons fait le choix d'un guide d'entretien peu structuré car les entretiens étaient à visée exploratoire. Une consigne de base a été définie : les participants étaient invités à décrire une situation d'incertitude vécue dans leur pratique. Le mot incertitude a été retenu car il est employé dans la pratique courante de la médecine générale, il s'intégrait donc dans une volonté de coller au lexique des interviewés. Sa définition n'était volontairement pas explicitée afin de déterminer les caractéristiques que lui prêtaient les participants. Le choix de la situation d'incertitude était laissé à leur discrétion.

Des axes thématiques étaient initialement préfigurés : la tolérance à l'incertitude, l'intuition et la prise de décision. Les variables complémentaires à recueillir étaient le sexe, l'âge, le nombre d'années d'expérience, le lieu d'exercice (milieu urbain/rural), le type d'exercice (remplaçant/installé, seul/association) et son éventuelle implication dans la formation universitaire (enseignant auprès de la faculté de médecine et/ou accueillant des étudiants au cabinet).

Les questions devaient être les plus directes et les plus claires possible en utilisant un vocabulaire familier des participants. Le guide a évolué au cours de l'étude pour permettre un meilleur recueil des informations en éliminant les questions générant peu de réponses utiles, et pour favoriser la fluidité de l'entretien afin de faciliter l'obtention de données inattendues. Cette évolution résulte de la **démarche d'aller-retour** entre la conceptualisation des questions et leur mise à l'épreuve dans l'entretien (20). L'idéal étant de tendre vers un entretien non structuré.

L'auteur a réalisé un carnet d'entretien qui comportait la date, les données relatives à l'environnement (lieu, moment de la journée) et son ressenti vis-à-vis de l'entretien.

## LA REALISATION DES ENTRETIENS

---

Nous envisageons le **cadre contractuel de la communication** comme l'ensemble des représentations et des croyances mutuelles des interlocuteurs sur les enjeux et les objectifs du dialogue. Il était expliqué à l'interviewé les motifs de cette recherche et les raisons ayant conduit à sa sélection. Un enregistrement audio des entretiens était réalisé. L'auteur rappelait la confidentialité des données audio et textuelles et recueillait le consentement éclairé du participant. Certaines données ne figurant pas sur les enregistrements audio ont été recueillies sur le carnet d'entretien, par téléphone ou par e-mail.

La stratégie d'écoute s'intéressait aux dimensions référentielle (ce qu'on dit de ce qu'il fait), modale (ce qu'on dit de ce qu'on pense) et illocutoire (ce qu'on cherche à accomplir vis-à-vis de l'autre) du discours de l'interviewé. L'objectif était de guider le discours pour répondre à des hypothèses construites en relation avec un système cohérent d'interrogations (20), l'auteur construisant des hypothèses en fonction des données de l'entretien.

Au niveau des stratégies d'intervention, nous avons privilégié les relances notamment déclaratives (complémentation et interprétation) et dans une moindre mesure interrogatives (référentielles et modales).

Durant l'entretien, l'auteur notait certains éléments du discours de l'interviewé en vue de la réalisation ultérieure des relances.

## RETRANSCRIPTION DES ENTRETIENS

---

Le support d'enregistrement audio des entretiens était l'application « Dictaphone » sur iPhone ou « AudioMemos » sur iPad créant un fichier WAV ou AIFF qui était ensuite retranscrit manuellement sur ordinateur (Word 2010).

Les retranscriptions ont été effectuées mot-à-mot pour coller au discours exact des participants et ne pas modifier le sens des entretiens. Le but était de rendre fidèlement compte de la réalité.

Les entretiens ont été anonymisés par l'auteur selon la méthode suivante : tous les lieux et noms de personnes évoqués dans les entretiens ont été retranscrits par la première lettre du mot en majuscule.

Les retranscriptions ont été vérifiées par l'auteur mais non soumises aux participants. Un exemple d'un entretien retranscrit se trouve en annexe 1. L'intégralité

des retranscriptions est disponible sur internet via le logiciel Dropbox à l'adresse <http://dl.dropbox.com/u/22760765/entretiens%20corrig%C3%A9s.zip>

## ANALYSE DES ENTRETIENS

---

L'analyse des données fut effectuée selon la méthode de la théorisation ancrée (14,15) à partir des retranscriptions textuelles des entretiens. La première étape était la **codification**, qui consistait à étiqueter l'ensemble des éléments du corpus de données en thématissant les unités de sens. Ensuite, l'étape de la **catégorisation** consistait à porter l'analyse à un niveau conceptuel plus large, ce faisant l'auteur détache les catégories de leur ancrage dans les données. Il s'agissait de nommer le phénomène auquel renvoyaient les données. Ces catégories furent mises en relation pour expliciter les liens existants entre elles. A ce moment, la phase d'intégration consistait à délimiter la problématique principale puis la **modélisation** permettait une reconstitution dynamique du phénomène. Enfin, la **théorisation** proposait une explication du processus. L'analyse des données fut assistée par ordinateur avec le logiciel Nvivo 10 pour les phases de codage, de catégorisation et de mise en relation. L'auteur s'est appuyé également sur certaines fonctions du logiciel telles que la recherche d'occurrence ou des matrices de codage pour l'analyse des données.

Une triangulation des données fut effectuée pour réduire la subjectivité de la codification et de la catégorisation. Les fichiers Word furent transmis à un deuxième investigateur qui effectua une deuxième codification et catégorisation via le logiciel Nvivo 10 sans avoir connaissance de la première. Les données issues des deux codages furent comparées pour obtenir un consensus.

---

## FINANCEMENT

---

Le financement du logiciel Nvivo 10 a été accordé par le conseil régional des généralistes enseignants (CRGE). L'auteur a financé lui-même le reste des frais.

## CONFLIT D'INTERET

---

L'auteur ne déclare aucun conflit d'intérêt.

## ETHIQUE

---

Cette étude a été validée par le comité d'éthique du centre hospitalier de Mulhouse.

## RESULTATS

---

14 entretiens ont été réalisés de février à novembre 2012. La saturation des données a été atteinte. Au total 19 personnes ont été contactées et 5 ont refusé. Le manque de temps était invoqué dans un cas. Les autres n'ont pas justifié. Tous les entretiens ont été menés en tête-à-tête sans présence de tiers.

Le tableau 1 récapitule les caractéristiques des entretiens et des interviewés.

Interview	sexe	Expérience (années)	Age (années)	Lieux	Enseignant	Durée (min.)	Mode d'exercice
n°1	homme	1,00	36,00	bar	Oui	37	Remplaçant
n°2	homme	24,00	50,00	Au cabinet après la consultation	Oui	51	installé
n°3	femme	29,00	58,00	Faculté	Oui	33	installé
n°4	femme	13,00	54,00	Au cabinet pendant la consultation	Non	37	installé
n°5	homme	26,00	57,00	Au cabinet pendant la consultation	Oui	36	installé
n°6	homme	26,00	51,00	Au domicile	Oui	31	installé
n°7	homme	32,00	62,00	Au cabinet après la consultation	Oui	37	installé
n°8	homme	42,00	68,00	Au cabinet après la consultation	Non	30	installé
n°9	femme	5,00	33,00	bar	Non	14	Remplaçant
n°10	femme	6,00	35,00	Au cabinet pendant la consultation	Non	14	Remplaçant
n°11	homme	13,00	39,00	Au cabinet pendant la consultation	Oui	18	installé
n°12	femme	3,00	32,00	Au domicile	Non	23	Remplaçant
n°13	homme	15,00	54,00	Au cabinet après la consultation	Non	29	installé
n°14	femme	27,00	61,00	Au domicile	Oui	41	installé

**Tableau 1 : caractéristiques des entretiens et des interviewés**

Parmi les interviewés 8 étaient des hommes et 6 des femmes. L'âge moyen des participants était de 49,3 ans [32-68], l'expérience moyenne de 18,7 années [1-42], 7 étaient enseignants auprès de la faculté de médecine. Les entretiens ont le plus souvent été menés au cabinet, soit pendant la période de consultation du médecin interviewé (n=4) ou après sa consultation (n=4). 3 entretiens se sont déroulés au domicile de l'interviewé, 2 dans un bar et un à la faculté de médecine de Strasbourg. La durée totale des entretiens était de 431 minutes soit 7h et 11 minutes. La durée moyenne était de 30 minutes et 48 secondes. 10 interviewés étaient installés et 4 étaient remplaçants.

42 codes différents ont émergé lors du codage primaire.

## L'INCERTITUDE

---

L'analyse de ces entretiens révèle que l'incertitude est **partie constituante** de la médecine générale :

« Toutes les consultations ! » (Entretien n°1), « Pour moi, l'affirmation, c'est être certain et ça, ça me semble en médecine incroyable qu'on puisse être affirmatif » (Entretien n°13), « incertitude... ben, on est jamais sûr hein, ça c'est clair. » (Entretien n°4), « la médecine, c'est jamais une certitude pour moi. » (Entretien n°8).

Certains des participants associent l'incertitude à la vigilance. Elle leur permet de rester attentifs à la possibilité de l'erreur et est donc décrite comme **nécessaire**. De plus, elle exige une remise en question permanente utile à l'exercice optimal de la médecine générale :

« Tu connais le, le plus grand défaut des médecins ? C'est justement l'orgueil. Et, et, et probablement d'être toujours certain des diagnostics, je pense. Et c'est un peu voulu parce que, dans, dans notre démarche et dans la démarche des patients, euh, c'est la différence entre l'hôpital et la médecine de ville, surtout les médecins généralistes, c'est que les, les patients nous choisissent. Et s'ils nous choisissent, c'est qu'on est forcément les meilleurs du monde parce qu'ils nous ont choisi. Et donc, c'est, c'est, je pense qu'il faut être très vigilant en médecine quoi. Et que, que l'incertitude doit rester un élément prépondérant dans notre démarche de diagnostic. » (Entretien n°7).

« Il faut tout le temps se remettre en question. Il faut pas se dire c'est ça et donc je suis sûr que c'est ça. Il faut, il faut, il faut être, il faut être humble. » (Entretien n°8).

Parallèlement sous certains aspects l'incertitude semble incompatible avec l'exercice de la médecine. Elle peut être **paralysante**, cause du syndrome de burn-out, voire incompatible avec le devoir médical de « bien soigner ».

« Il y a en fait, quelque part, une incompatibilité avec je dirais la démarche théorique médicale, c'est de dire : « Je donne un traitement parce que je suis sûr que c'est le bon traitement » [...] c'est ça le problème de l'incompatibilité de l'incertitude. C'est que, c'est, t'es jamais sûr à cent pourcent de dire j'ai fait le diagnostic, et, et que le traitement que j'ai donné va guérir les gens. » (Entretien n°7).

## TOLERANCE A L'INCERTITUDE

---

Au travers de l'analyse de ces entretiens se dégage la notion de **tolérance à l'incertitude**. Il s'agit de la capacité du médecin à travailler et mener à bien sa consultation sans connaître avec exactitude les mécanismes physiques, biologiques et psychologiques à l'œuvre chez son patient. Le médecin accepte l'incertitude.

« Se rapprocher du degré zéro dans l'incertitude, c'est impossible. » (Entretien n°7)

Dans une situation de tolérance à l'incertitude le médecin se contentera par exemple d'un traitement symptomatique.

Par opposition dans une situation d'intolérance le médecin mettra en œuvre une démarche visant à augmenter son niveau de certitude par des procédés actifs. Il peut s'agir de la réalisation d'examens complémentaires (biologiques, radiologiques) ou de la recherche d'un avis extérieur (autre médecin, autre professionnel de santé).

Le facteur temps est primordial dans cette logique de tolérance à l'incertitude.

Cette tolérance est variable selon les médecins et selon les situations. Nous en avons identifié un certain nombre de facteurs déterminants.

## LE CONTEXTE DE LA CONSULTATION

---

La médecine générale peut se pratiquer de diverses façons : le médecin travaille seul ou en groupe, au cabinet ou en visite, de jour ou de nuit en garde, en semaine ou le week-end pour assurer la permanence des soins. Les lieux d'exercices sont variés : du centre-

ville des grandes agglomérations aux campagnes reculées. Les consultations peuvent être libres ou sur rendez-vous, ce qui sous-entend des contraintes temporelles différentes. Selon la période de l'année le nombre de patients vus quotidiennement varie. En zone Urbaine Alsacienne, une journée de milieu des vacances d'été n'a rien à voir avec une journée d'épidémie de grippe hivernale.

Chaque consultation s'inscrit dans un cadre singulier du fait de cette variété des pratiques.

Le **contexte** doit permettre la tolérance à l'incertitude : le médecin doit pouvoir offrir une nouvelle consultation en cas d'aggravation ou de persistance des symptômes, il doit être en mesure de faire des examens complémentaires voire de disposer d'un accès aisé à des structures d'examens ou un service d'urgence. Ce propos illustre l'influence du facteur temps :

« Je pense qu'il y a des situations que tu pourrais gérer le lundi matin que tu vas pas forcément gérer le vendredi soir parce que tu sais que c'est le lendemain de pâques et que tu le verras pas pendant 3 jours. Je pense qu'il y a des situations où t'enverra ton patient aux urgences, un vendredi soir où tu l'aurais pas envoyé un lundi matin. Je pense tu fais aussi avec ce que tu as à disposition. » (Entretien n°1)

Certains participants évoquent de plus des motifs économiques et judiciaires. Economiques car le contexte de maîtrise nécessaire des dépenses de santé conduit certains médecins à limiter leurs investigations. Judiciaires car la peur du procès voir d'une condamnation modifie la façon d'exercer de certains participants. Cette citation l'illustre :

« Je crois qu'il faut accepter l'incertitude médicale avec le facteur de risque, avec le facteur psychologique d'angoisse que ça représente, avec les facteurs médico-légaux que ça représente, parce que tous les jours on a des conduites à tenir où la réponse n'est pas

blanc ou noir, où tu vas hésiter entre deux cas hein. Et où donc, tu prends un risque médico-légal dans une dans une société où la pression médico-légale, elle monte quand même. » (Entretien n°5)

La figure 1 représente l'influence du contexte de la consultation.

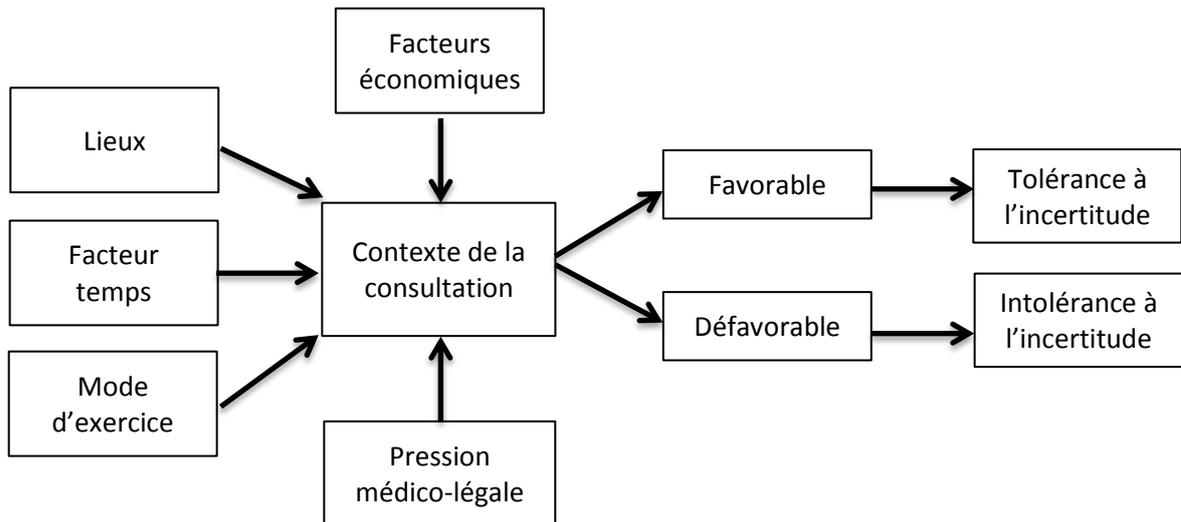


Figure 1 : influence du contexte de la consultation

## LES FACTEURS LIÉS AU MEDECIN

Un certain nombre de facteurs liés au médecin semblent influencer sur le processus de tolérance à l'incertitude. En premier lieu, se trouve son expérience. Le médecin possède plusieurs types d'**expérience** : l'une est **académique** et correspond à sa formation, l'autre correspond à sa **pratique** de la médecine. Il en découle un savoir, une connaissance, une habitude. Au sein de sa pratique, le médecin expérimente la relation avec ses patients, l'erreur, l'incertitude, la tolérance à l'incertitude et la façon de s'en accommoder.

Les **traits de personnalité propres à chaque médecin** (confiance en soi, stress, affirmation de soi) semblent également intervenir dans le processus de tolérance à l'incertitude :

« Je pense que quand on est un peu angoissé, on a tendance à être plus dans l'incertitude et à en faire plus. » (Entretien n°10)

« Moi je suis très, très incertaine » (Entretien n°11)

« J'aime pas les discussions, j'aime bien, j'aime bien avoir une directive, avoir un faisceau d'arguments, et puis je procède par élimination : voilà tac-tac-tac-tac, c'est pas ça c'est pas ça, ça, ça, ça. Voilà qu'est-ce qui est pour, qu'est-ce qui est contre. Bon, on opte pour ça, on regarde ce que ça donne, on réévalue et puis après voilà on regarde. » (Entretien n°4)

La figure 2 représente les facteurs liés au médecin.

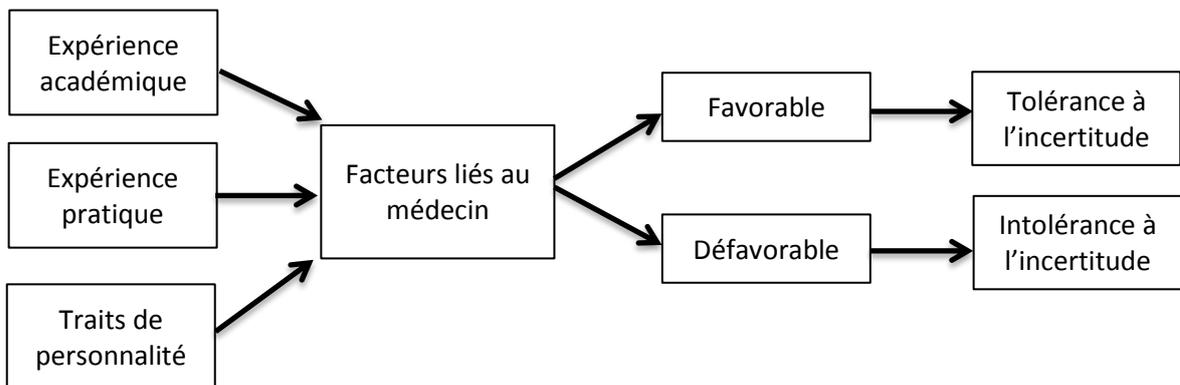


Figure 2 : influence des facteurs liés au médecin sur la tolérance à l'incertitude

## LES FACTEURS LIÉS AU PATIENT

De la même manière, certains participants évoquent des facteurs liés au patient. Ces facteurs comprennent **l'expérience du patient**, ses **représentations**, ses **traits de personnalité**. Ainsi, **l'inquiétude du patient** peut rejaillir sur le médecin et le conduire à ne plus tolérer une situation d'incertitude.

« Elle a des céphalées, c'est la quatrième fois qu'elle consulte pour ce motif-là. Elle a été aux urgences, elle, on lui a proposé un scanner, enfin pas nous, mais aux urgences pour lui dire que si elle était tellement angoissée, il fallait peut-être faire un scanner. Aux

examens, y a rien, euh mais elle a des céphalées qui passent pas, elle est très, très inquiète et je pense qu'à un moment donné, son inquiétude peut aussi rejaillir sur le soignant. » (Entretien n°14)

La figure 3 représente l'influence des facteurs liés au patient.

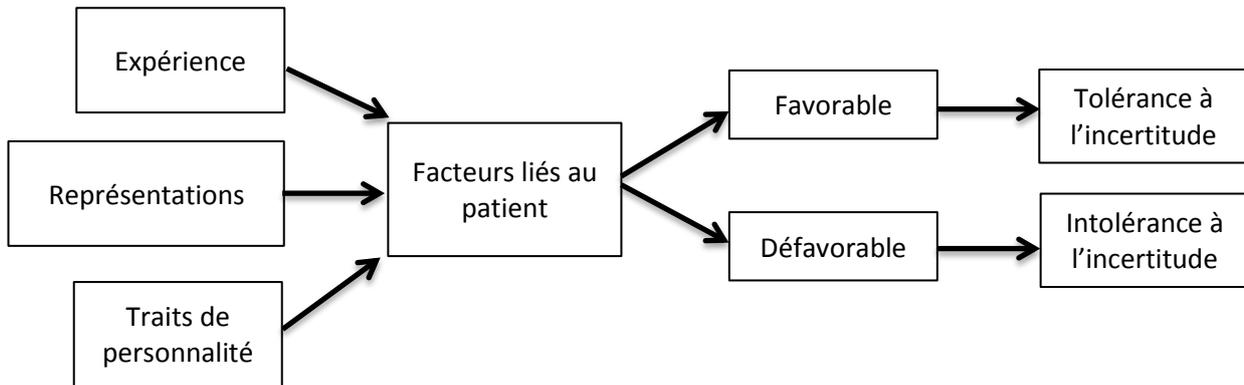


Figure 3 : influence des facteurs liés au patient sur la tolérance à l'incertitude

## LA RELATION ENTRE LE MEDECIN ET LE PATIENT

Pour une même plainte, le médecin réagit différemment en fonction du patient qui vient le consulter. S'agit-il d'un patient suivi depuis longtemps ? Pense-t-il le connaître ? De la même manière, la connaissance du médecin par le patient influe la relation entre les deux. Cette **connaissance réciproque** est primordiale pour tolérer ou non l'incertitude.

« Si c'est mes patients [...], je vois l'évolution, je sais comment ils sont, [...], à qui je peux directement faire ça et ça. Et je sais qu'ils me suivront et s'il y a un souci, ils m'appellent. Et quand vous connaissez pas la clientèle, vous savez pas comment ils vont suivre vos instructions, est-ce qu'ils sont capables de les suivre, puisqu'il y a aussi des gens qui ne sont pas capables de les suivre hein. » (Entretien n°4)

Par opposition, méconnaître le patient conduit plus fréquemment le médecin à ne pas tolérer l'incertitude. Cette situation arrive plus souvent aux médecins remplaçants qui n'ont pas la même connaissance de la clientèle que les médecins installés.

C'est donc la relation que le médecin entretient avec son patient qui est déterminante. Les médecins installés pensent avoir une meilleure relation avec leurs patients du fait des multiples contacts qu'ils ont établi aux cours des différentes consultations et la confiance réciproque qui en découle. Cette relation forte augmente la tolérance du médecin à l'incertitude.

Il convient de mettre en relation les facteurs liés au médecin, au patient et à la relation entre les deux pour bien saisir l'influence sur la tolérance à l'incertitude. La figure 4 représente l'influence de la relation entre le médecin et le patient sur la tolérance à l'incertitude.

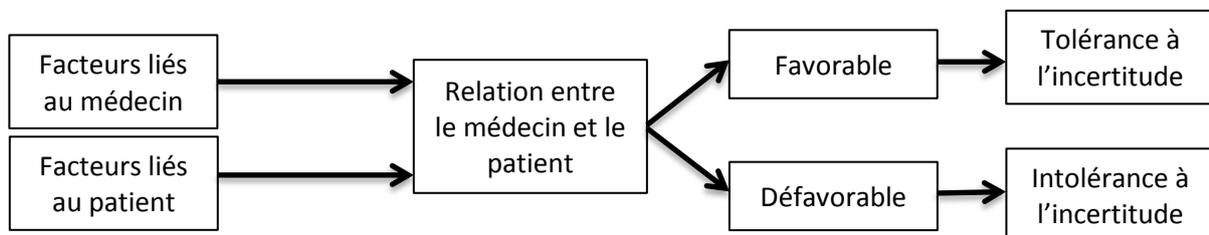


Figure 4 : influence de la relation entre le médecin et le patient sur la tolérance à l'incertitude

## LE RAISONNEMENT CLINIQUE ET L'ESTIMATION DU RISQUE

---

Chaque médecin utilise pour travailler son **raisonnement clinique**. Celui-ci est défini comme l'ensemble des processus cognitifs basés sur l'expérience permettant d'évaluer le problème de santé du patient puis de le prendre en charge.

En situation d'incertitude, cette évaluation débute par **l'estimation du risque**, c'est-à-dire le danger évolutif possible de l'affection présentée par le patient ou de ses conséquences. Il existe de façon inhérente à la pratique de la médecine un risque, dans chaque acte diagnostique, dans toute prise en charge thérapeutique ou palliative, dans chaque acte de communication, etc...

Certaines des informations nécessaires à l'estimation du risque sont accessibles au médecin (ex : effets secondaire d'une thérapeutique éprouvée), d'autres pas. Elles peuvent être inconnues de la science ou du médecin. Lorsque celui-ci estime le risque avec suffisamment d'informations disponibles, si le risque est acceptable, il peut être toléré. Par opposition si le risque est trop grand ou il existe trop d'incertitude sur le niveau de risque, ce risque devient inacceptable et ne sera pas toléré. Cette démarche d'estimation du risque est primordiale dans la tolérance à l'incertitude :

« Est-ce que je peux le gérer tranquillement, en une consultation ou en 2-3 consultations ou est-ce que là ça risque de s'aggraver dans les heures à venir? »  
(Entretien n°1)

Cette estimation du risque peut relever de mécanismes **intuitifs** c'est-à-dire une reconnaissance rapide et sans effort conscient d'un ensemble de signes ou symptômes évoquant fortement un ou plusieurs diagnostics :

« Il y a des grippe tous les jours. Un pépé, il a quarante de fièvre, des courbatures. Syndrome grippal. Je ne sais pas pourquoi, je ne le sentais pas. Des fois, tu as le pif, mais ça relève plus du pif que de ça relève plus du pif que, que, que de connaissance professionnelle. Je ne le sentais pas, je l'ai hospitalisé. Alors que tu n'hospitalises pas tous les gens qui ont des syndromes grippaux hein. Mais en fait, il a été à l'hôpital, c'était une leptospirose. C'est-à-dire qu'il a été hospitalisé, ben il a une hépatonéphrite [...] Un mec qui avait un syndrome grippal et je ne sais pas pourquoi ce jour-là, ce syndrome grippal je ne l'ai pas senti. J'aurais pu le laisser chez lui et il serait mort trois jours plus tard. » (Entretien n°5)

« On peut être parfaitement inquiet pour quelqu'un même si objectivement, on n'a pas grand-chose. Et moi, il m'est déjà arrivé d'adresser également aux urgences des

gens que je ne sentais pas et il y avait pourtant vraiment pas grand-chose. » (Entretien n°11)

L'estimation du risque peut également se baser sur des **mécanismes hypothético-déductifs, des inférences Bayésiennes** ainsi que des **critères objectifs** et cela semble prédominant chez les jeunes médecins :

« Tu te bases sur une tension, une température, sur une fréquence cardiaque, sur une évaluation de la douleur. » (Entretien n°1)

Les médecins expérimentés semblent prendre en compte le contexte dans l'estimation du risque. Un patient isolé socialement ou géographiquement peut présenter par exemple un risque évolutif plus important pour un même tableau clinique :

« Voilà pourquoi les urgences pour à la fois examens complémentaires et, et surveillance. J'ai bien sûr pas précisé que c'est un monsieur qui avec ses quatre-vingt-treize ans et son autonomie vit seul. *(rires)* hmm, j'étais dans une situation potentiellement grave, pas beaucoup d'éléments et, et l'incapacité de pouvoir le, le surveiller dans les heures qui suivaient. » (Entretien n°11)

La figure 5 représente l'influence de l'évaluation du risque sur la tolérance à l'incertitude.

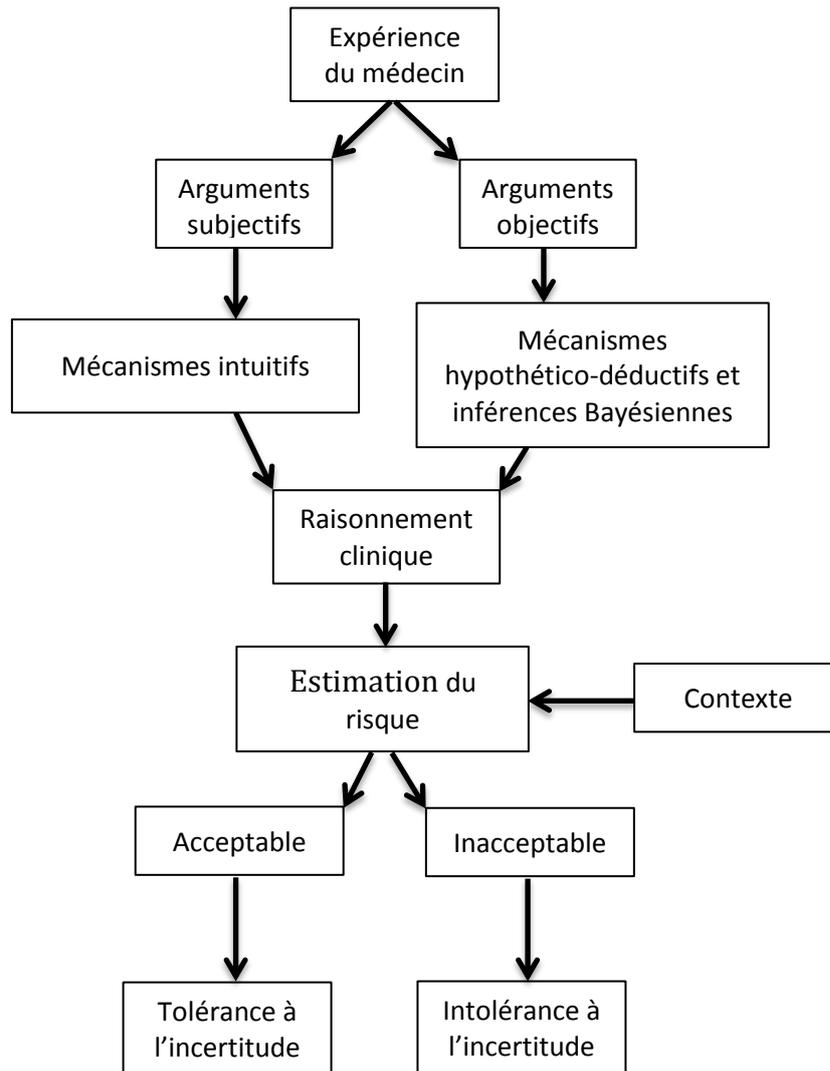


Figure 5 : influence de l'estimation du risque sur la tolérance à l'incertitude

## LES INCERTITUDES

---

A l'évocation de la notion d'incertitude en médecine générale, les participants ont spontanément distingué plusieurs formes. La plus commune peut s'exprimer comme : est-ce que mon diagnostic est le bon ? Il s'agirait d'une **incertitude diagnostique**.

Une deuxième forme serait : «est-ce que ma prise en charge est adaptée à la pathologie du patient ? Il s'agirait d'une **incertitude thérapeutique**.

La plupart des médecins expérimentés évoquent une troisième forme : qu'est-ce que le patient cherche à me dire ?

« Tu t'es jamais posé la question, non de, ce que te disent les gens, les symptômes qu'ils présentent, euh qu'est-ce qu'il y a derrière ? Ça, c'est aussi une vraie incertitude en médecine. J'ai, c'est qu'est-ce qu'il y a derrière, dans les plaintes, quand des gens viennent te voir ? Alors bon, ça, c'est l'expérience qui me le dit aussi. Quand je vois des gens des fois, je me pose la question pourquoi ils viennent me voir quoi ? » (Entretien n°7)

Cette incertitude se conçoit également dans l'autre sens : comment le patient comprend mon message ? Comment faire passer un message que l'on considère important ?

« C'est extrêmement difficile de faire un, de trouver un angle d'attaque à quelqu'un qui est une victime, pour qu'elle, qu'elle comprenne bien que la virologie c'est important, si elle prend pas ses médicaments, tu développes des résistances après, c'est cuit pour les médicaments. Tu es obligé de passer à un autre, je veux dire. J'ai tout essayé, j'étais, j'étais à une forme d'échec avec cette dame, tu vois. Et je pense que j'ai pas trouvé la solution pour lui faire passer certains messages quoi en fait » (Entretien n°6)

Cette incertitude sur la façon dont est assimilé le message du médecin conduit à une adaptation de sa communication. Cette adaptation est fonction de la représentation du médecin de son patient :

« Tu crois avoir saisi, tu crois avoir saisi les, les personnalités des gens et tu communique sur ça et tu prends un, un risque plus important parce qu'ils ont pas, ils ont pas toujours verbalisé les choses clairement sur ce qu'ils sont. C'est-à-dire que tu devines des choses donc tu prends un risque de te planter » (Entretien n°6)

Nous nommerons cette troisième forme **incertitude relationnelle**.

Cette incertitude relationnelle découle de la volonté du médecin de comprendre son patient, et, que son patient le comprenne. De la même manière, on retrouve cette incertitude du point de vue du patient : il cherche à comprendre le médecin et à se faire comprendre.

Parmi les participants, les médecins expérimentés se sentent davantage impliqués face à cette forme d'incertitude. Dans ce sens, elle semble prépondérante :

« Quand tu fais même un bon diagnostic, c'est bon, ça ne m'intéresse pas, ça te ... c'est t'as fait ton job et cetera. Par contre, avoir bien géré quelqu'un, faire, faire comprendre des choses et cetera ça c'est, avoir bien mais bien senti, il fallait, je voulais dire ça, ça m'intéresse plus. » (Entretien n°7)

L'exemple de la plainte cachée du patient est emblématique de cette incertitude relationnelle : les médecins expérimentés évoquent souvent la recherche d'un motif de consultation secondaire qui serait caché de prime abord. Cette interrogation est moindre parmi les participants moins expérimentés.

Les trois formes d'incertitude peuvent coexister au sein d'une même consultation peuvent même être liées (une incertitude thérapeutique peut découler d'une incertitude diagnostique par exemple).

## DISCUSSION

---

### RAPPEL DES PRINCIPAUX RESULTATS

---

D'après les participants de notre étude, il semble exister trois formes d'incertitude : diagnostique, thérapeutique et relationnelle. Ces situations d'incertitude sont très fréquentes dans la pratique de la médecine générale. Certaines situations d'incertitude se tolèrent et d'autres non. Les déterminants de la tolérance à l'incertitude sont le contexte de la consultation, les facteurs liés au médecin, ceux liés au patient, la relation entre les deux et l'estimation du risque.

### PRECISIONS SUR LES TERMES EMPLOYES

---

Dans la plupart des articles de la littérature médicale traitant du sujet, la notion d'incertitude n'est pas définie (1,6,9,21). Selon le dictionnaire du trésor de la langue française informatisé proposé par le centre national de la recherche scientifique (CNRS), plusieurs définitions de l'incertitude sont possibles (22) :

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

Nous tentons de proposer une définition à partir des données des entretiens. Pour les interviewés, l'incertitude renvoie à l'état dans lequel se trouve le médecin lorsqu'il ne connaît pas avec certitude le diagnostic étiologique ou syndromique pour une consultation, la thérapeutique à proposer, ou qu'il n'est pas sûr de la compréhension qu'il a du patient et réciproquement. Comme nous l'avons expliqué précédemment, le choix de l'utilisation de l'incertitude selon le sens commun de chacun a été fait pour explorer les représentations des participants à propos de ce concept polysémique.

Cet état d'incertitude semble perturber le médecin dans sa prise de décision. L'incertitude s'intègre par ce biais dans le domaine du raisonnement clinique. C'est ici qu'intervient la notion de **tolérance**. Le Larousse définit la tolérance comme l'aptitude de quelqu'un à supporter les effets d'un agent extérieur. Selon le dictionnaire du trésor de la langue française informatisé du CNRS, la tolérance a plusieurs sens :

- cela peut être le fait de tolérer quelque chose, d'admettre avec une certaine passivité, avec condescendance parfois, ce que l'on aurait le pouvoir d'interdire, le droit d'empêcher

- l'état d'esprit de quelqu'un ouvert à autrui et admettant des manières de penser et d'agir différentes des siennes, ou, le respect de la liberté d'autrui en matière d'opinions et de croyances

- dans le domaine de la mécanique, cela peut également désigner l'écart d'inexactitude admissible, en plus ou en moins, pour la cote d'exécution d'une pièce usinée.

Encore une fois, il existe une importante polysémie du terme de tolérance qui peut perturber le lecteur. Nous proposons une autre définition, qui cible plus spécifiquement la **tolérance à l'incertitude** : la tolérance à l'incertitude désigne l'état du médecin ne ressentant pas le besoin d'augmenter son niveau de certitude pour prendre en charge le patient d'une façon acceptable pour l'ensemble des acteurs (le médecin, le patient, la

société). Cette définition doit se considérer d'un point de vue temporel car cette tolérance s'inscrit dans un contexte singulier et n'est donc pas superposable à une autre situation.

La notion de tolérance à l'incertitude appelle celle du **risque**. En effet, décider qu'il n'est pas nécessaire de connaître avec certitude un diagnostic pour prendre en charge un patient par exemple, présente un risque pour le patient et pour le médecin. Nous concevons dans ce travail le risque comme la possibilité d'un événement considéré comme un mal ou un dommage. Nous avons choisi de ne pas retenir la dimension probabiliste que la notion de risque peut revêtir. En effet selon Knight (23) la mise en probabilité d'un risque suppose que l'évènement considéré se produise de manière totalement aléatoire. Du fait de nos ancrages dans le paradigme interprétativiste et dans la psychologie cognitiviste, nous évoquons ici le risque, uniquement comme la possibilité d'un dommage lié à la situation d'incertitude telle que définie plus haut, et non pas une incertitude statistique.

Nous rappelons également que l'auteur se situe dans le champ de l'éducation médicale et dans le cadre du raisonnement clinique. La démarche de théorisation ancrée présentée ici est une analyse subjective d'un échantillon de médecins n'ayant pas vocation à être représentatif : les résultats ne sont pas généralisables.

## MISE EN RELATION

---

Concernant les formes d'incertitude en médecine générale, l'incertitude diagnostique et son corollaire l'incertitude thérapeutique sont décrits dans la littérature (13,24,25). Elles sont liées au rapport au savoir médical. Les travaux de Fox divisent l'incertitude diagnostique en 3 niveaux : le niveau 1 qui serait une maîtrise incomplète du savoir disponible, le niveau 2 qui correspond aux limites du savoir médical et le niveau 3 qui

est l'impossibilité pour le médecin de faire la part entre les incertitudes de niveau 1 et 2 (s'il existe une incertitude diagnostique parce qu'il ne maîtrise pas les données disponibles, ou que la science ne comporte pas de données à ce sujet) (26). La médecine générale a vocation à s'occuper de toutes sortes de pathologies, ce qui entraîne une prédominance des incertitudes de niveaux 1 et 3 (1).

L'incertitude relationnelle est peu décrite dans le domaine de la santé en général, et de la médecine en particulier. Certains parlent d'incertitude personnelle sur les désirs des patients (que veut-il ?) (25). Cependant, la notion d'incertitude relationnelle nous semble plus vaste car elle concerne à la fois la communication du médecin au patient et du patient au médecin. Dans le champ de la psychologie des couples cette notion est par contre très étudiée(27). Il s'agirait d'un manque de confiance dans le déroulement des interactions entre les partenaires(28). Cette incertitude découle de la recherche de la compréhension de l'autre. Certaines données de l'incertitude relationnelle peuvent être transposées à la relation médecin malade. Ainsi des travaux en psychologie classent les déterminants de l'incertitude relationnelle en trois catégories : les facteurs liés à soi, ceux liés à l'autre et ceux liés à la relation entre les deux (29). Nous pouvons faire un rapprochement avec la classification que nous réalisons. Les facteurs liés à soi seraient ceux liés au médecin, ceux liés à l'autre ceux liés au patient et la relation entre les deux reste identique. Des travaux supplémentaires sont nécessaires pour définir cette notion dans le champ de la santé en général et de la médecine en particulier.

La fréquence des situations d'incertitude est discutée. Les données disponibles portent sur l'incertitude diagnostique. Selon certains auteurs elle concernerait toutes les consultations puisqu'on ne peut jamais prétendre avoir une certitude diagnostique absolue(2,9) même en se basant sur des critères objectifs (constantes, examens biologiques, radiologiques, anatomopathologiques, etc...). Les travaux de prévalence

dans le domaine de l'incertitude en médecine se sont intéressés aux symptômes médicalement inexplicables qui représenteraient 13% des consultations (4). Cette prévalence est probablement plus élevée selon notre approche. En effet les symptômes médicalement inexplicables ne représentent qu'une sous partie des situations d'incertitude. Il s'agit de situations d'incertitude diagnostique dans des cas où la science n'a pas de réponse. C'est une incertitude de niveau 2 selon Fox. A ces situations d'incertitude diagnostique, il faut ajouter celles où le médecin ne connaît pas le diagnostic mais où les données de la science permettent le diagnostic (niveau 1 de Fox) et celles où le médecin ne peut pas faire la distinction entre les niveaux 1 et 2 (niveau 3 de Fox). Ces situations pourraient être fréquentes en pratique. Il faut également ajouter les situations d'incertitude thérapeutique et relationnelle ce qui vraisemblablement augmente aussi la prévalence des consultations en situation d'incertitude en médecine générale. Aussi le chiffre de 13% des consultations nous paraît sous-estimé.

La dimension délétère de l'incertitude comme anxiogène et source de burn-out est décrite depuis longtemps (9,30). Son utilité au maintien de la vigilance aussi (1).

Le médecin se trouvant en situation de tolérance à l'incertitude est plus rapide puisqu'il est rassuré quant au problème posé par son patient. Il peut alors être tenté de minimiser la plainte du patient pour réduire son incertitude. Dans ce cas de figure, Bloy distingue deux positionnements possibles du médecin (1). Il se trouve soit :

- en situation **d'incertitude balisée** : il minimise les symptômes de son patient et n'est pas au fait des données de la science.
- en situation **d'incertitude contenue** : il base sa pratique sur des protocoles ce qui conduit à un alignement de la médecine générale sur les spécialités hospitalières. Il s'agit d'un biais de confirmation (31). Le médecin ne prend en considération que les informations qui concordent avec son hypothèse.

Une pratique de qualité en médecine générale exige de concilier vigilance scientifique et considération de la plainte du patient (1). L'incertitude permet cette nécessaire **remise en question** : le médecin en étant confronté à des situations d'incertitude va mobiliser un ensemble de ressources internes ou externes qui contribuent à l'amélioration de sa pratique des soins. Devant une situation d'incertitude diagnostique, il peut par exemple effectuer une recherche bibliographique pour déterminer si les données de la science comportent les éléments nécessaires au diagnostic.

La notion de tolérance à l'incertitude est une donnée présente dans la littérature aussi bien pour les médecins qu'en population générale (13,21,32). Elle est abondamment décrite dans le domaine de la psychologie sur le versant de l'intolérance à l'incertitude, où elle est définie comme un état résultant de croyances négatives sur l'incertitude et ses implications(33). Cet état est caractérisé par un désir de prédictibilité, une recherche de certitude et une impossibilité de réfléchir et de réagir face à une situation d'incertitude (34). Cette intolérance serait impliquée dans les troubles anxieux et la dépression(35–38). Dans notre travail, l'inverse est proposé par certains participants; des traits de personnalité anxieuse conduiraient à être intolérant à l'incertitude. Pourquoi cette différence ? De plus amples travaux seraient nécessaires pour rechercher un éventuel lien de causalité.

Nous proposons un schéma qui met en relation les différents déterminants de la tolérance à l'incertitude en médecine générale (figure 6).

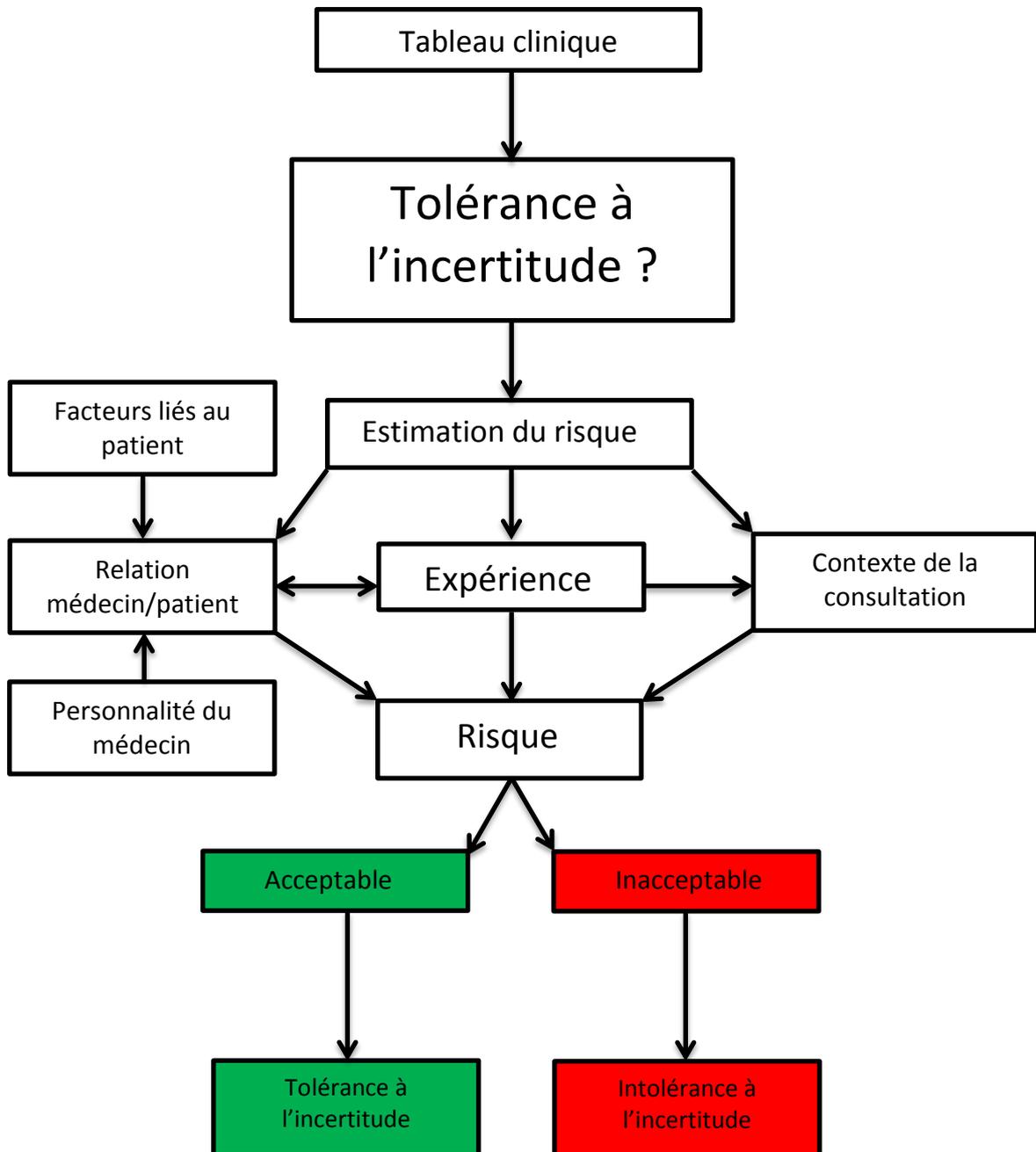


Figure 6 : liens entre les déterminants de la tolérance à l'incertitude

L'élément central de la tolérance à l'incertitude semble être **l'estimation du risque de la situation** conduisant à différencier un risque acceptable d'un risque inacceptable. Cette évaluation se base sur des méthodes diagnostiques de nature variable (mécanismes intuitifs, analytiques/hypothético-déductifs, inférences bayésiennes) qui se construisent notamment sur l'expérience(39). Parmi les méthodes de raisonnement clinique, la méthode intuitive est la plus utilisée pour estimer le risque d'une situation. Elle permet au médecin de reconnaître rapidement et sans effort conscient une situation(40). Il s'agit dans notre étude de comparer le risque d'une situation avec des situations similaires que le médecin a pris en charge par le passé : l'existence de cas concrets ou de prototypes détermine l'estimation intuitive du risque (41). La mémorisation de ces cas concrets et prototypes est plus aisée si la situation a été marquante (42). Les erreurs médicales participent donc à l'estimation intuitive et influencent par ce biais la tolérance à l'incertitude. En complément, certains médecins utilisent un raisonnement hypothético-déductif qui se base sur l'existence de scripts(43). Ces deux méthodes ont en commun de se baser sur l'expérience (41,43,44).

Dans le cadre d'une situation perçue comme non-grave, d'autres mécanismes de raisonnement clinique peuvent influencer cette tolérance à l'incertitude. La **démarche en chaînage avant** permet de travailler dans une consultation complexe en émettant des hypothèses a posteriori (39). Selon le nombre d'hypothèses générées et leurs natures, le médecin tolère ou non l'incertitude. La **démarche Bayésienne** est basée sur la détermination d'une probabilité diagnostique à priori, et la détermination d'une probabilité à postérieur après ajout d'une donnée nouvelle (39). C'est une démarche de raisonnement clinique idéalisée, proche du fonctionnement d'un ordinateur. La tolérance dépend ici de la probabilité finale, il peut être défini un seuil de certitude chiffré permettant ou non la tolérance.

De surcroît, il semble exister une plus faible tolérance à l'incertitude chez les médecins remplaçants peu expérimentés par rapport aux médecins installés expérimentés. L'expérience du médecin semble permettre plus fréquemment une estimation du risque acceptable et donc de tolérer l'incertitude. Cela pourrait-il être sous-tendu par des différences de raisonnement clinique (comme l'existence de scripts et de prototypes plus efficaces chez l'expert) ?

Il existe un lien entre l'expérience et le contexte de la consultation. Le médecin expérimenté prend plus en compte les données telles que les contraintes temporelles, épidémiques et sociales.

La relation du médecin avec son patient influe sur l'évaluation du risque car plus cette relation est développée plus le médecin semble capable de tolérer les situations d'incertitude. Comme nous l'avons vu, la personnalité du médecin entre ici en jeu.

Dans le cas d'un médecin généraliste installé, son expérience et sa relation avec les patients se construisent simultanément du fait du suivi au long cours proposé.

Enfin, le contexte de la consultation est pris en compte par le médecin dans l'évaluation du risque car une même pathologie présente un risque évolutif différent selon le contexte.

## INTEGRATION

---

A partir de la volonté de l'auteur de travailler sur l'incertitude en médecine générale, s'est dégagée au cours des entretiens la notion de tolérance à l'incertitude. Cette notion nous paraît essentielle dans les situations d'incertitude rencontrées dans la pratique. Il s'agit-là d'un phénomène que nous nous proposons de modéliser puis de théoriser.

## MODELISATION

---

Le phénomène de tolérance à l'incertitude a une place majeure dans la pratique de la médecine générale. Ces situations sont au minimum pluriquotidiennes. Dans ce cadre, le médecin cherche consciemment ou inconsciemment à évaluer le risque avant de ressentir s'il tolère ou non une situation d'incertitude.

Il s'agit d'une étape complexe mêlant estimation du niveau de risque, relation avec le patient, expérience et contextualisation de la consultation.

Si le risque est estimé acceptable, la situation d'incertitude peut être tolérée.

Quelles peuvent être les conséquences de la tolérance ou de l'intolérance à l'incertitude pour le patient et pour la société ?

L'intolérance conduirait à la réalisation d'examens complémentaires, une demande d'avis spécialisé, une hospitalisation, une nouvelle consultation etc... ceci induirait une utilisation du système de santé, des dépenses de santé supplémentaires, un investissement temporel pour le patient comme pour son employeur. A ce propos, l'evidence-based médecine (EBM) ou médecine factuelle se voudrait comme une réponse possible à ce problème. Elle a pour origine le désir d'un groupe d'épidémiologistes d'intégrer l'incertitude en construisant une méthode se définissant comme « une façon rigoureuse, consciencieuse et judicieuse d'utiliser les preuves les plus récentes et de plus haut niveau pour les décisions concernant le soin d'un individu(45).

A l'inverse, tolérer une incertitude pourrait entraîner un sentiment pour le patient d'un manque de considération de sa plainte, une relative contradiction avec l'obligation de moyens qui caractérise la médecine générale et un risque judiciaire plus important en cas d'erreur médicale.

## RAPPROCHEMENT AVEC LE GUT FEELING

---

Comme nous l'avons détaillé par avant, une importante part du raisonnement clinique est basé sur des mécanismes intuitifs. Il existe dans la littérature une notion appelée « **gut feeling** » (46,47). Ce « gut feeling » littéralement en anglais « sentiment des boyaux » correspond à l'intuition. Il est constitué d'un « sense of alarm » et d'un « sense of reassurance ». Le « sense of alarm » est décrit comme un signal d'alarme. Un sentiment que quelque chose dans la consultation n'est pas comme d'habitude. Cela s'exprime par la sensation que quelque chose ne va pas chez le patient sans que le médecin raisonne sur des arguments objectifs. D'autres manifestations sont le caractère inconfortable d'une situation du fait d'un pronostic incertain et la nécessité d'une intervention pour éviter un problème de santé grave. On pourrait le résumer à « il y a quelque chose qui cloche ».

Par opposition le « sense of reassurance » décrit l'état du médecin lorsqu'il n'est pas inquiet pour son patient même s'il n'est pas certain de son diagnostic. Ce « gut feeling » est un processus dynamique au sein de la consultation. Le médecin peut osciller entre les deux sentiments.

Les déterminants du « gut feeling » sont l'expérience, la formation, la personnalité du médecin, les facteurs contextuels, les sensations du médecin (ce qu'il ressent physiquement : accélération du rythme cardiaque, estomac noué, etc...). Ce sont les manifestations au médecin de son « gut feeling », le fait pour le médecin de posséder ce « gut-feeling » ou non et le crédit que le médecin lui accorde (46). Nous remarquons la proximité de ces déterminants avec ceux de la tolérance à l'incertitude. Ce « gut feeling » pourrait être la manifestation de la situation du médecin vis-à-vis de la tolérance à l'incertitude : le « sense of alarm » indiquerait au médecin qu'il ne doit pas tolérer une

situation d'incertitude, et, à l'inverse, le « sense of reassurance » indiquerait qu'il peut tolérer cette incertitude.

## THEORISATION

---

Comme nous l'avons constaté, le phénomène de tolérance à l'incertitude est complexe, multidimensionnel et variable selon les individus et les situations.

Devant une situation d'incertitude diagnostique, thérapeutique ou relationnelle, le médecin estime le risque. Le caractère acceptable ou non du risque détermine l'attitude de tolérance ou d'intolérance du médecin vis-à-vis de cette situation d'incertitude.

La frontière entre la tolérance et l'intolérance peut être considérée comme un seuil. Nous proposons de l'appeler « **seuil de tolérance à l'incertitude** ».

Nous nous proposons de le représenter sous la forme d'un schéma (figure 7).

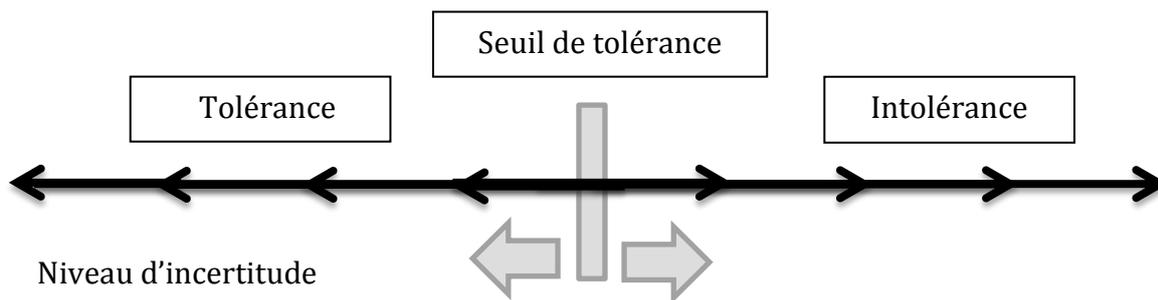


Figure 7 : le seuil de tolérance à l'incertitude

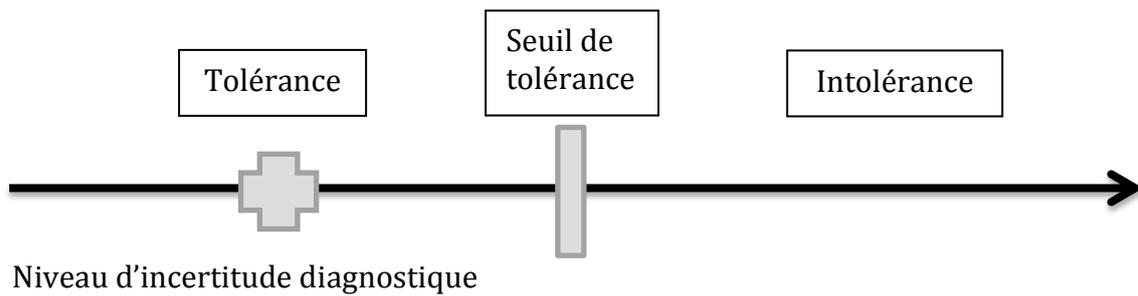
Il convient ainsi de différencier deux catégories de déterminants de cette tolérance :

- les facteurs modifiant le niveau de certitude
- les facteurs influant le seuil de tolérance

Au niveau des facteurs modifiants le niveau d'incertitude, prenons par exemple le cadre d'une incertitude diagnostique. Si le médecin utilise un raisonnement hypothético-déductif, il remplit un script. C'est-à-dire des cases correspondant aux données de l'interrogatoire, de l'examen clinique, des examens complémentaires, etc... Ce

remplissage donne au médecin une ou plusieurs hypothèses diagnostiques auxquelles correspond un niveau de certitude. Si une donnée prise en compte par le médecin ne correspond pas au script, elle est de nature à augmenter son niveau d'incertitude. Il en résulte une intolérance. De manière générale, le niveau d'incertitude est corrélé au niveau d'intolérance. Nous pouvons le représenter sur ce schéma (figure 8) :

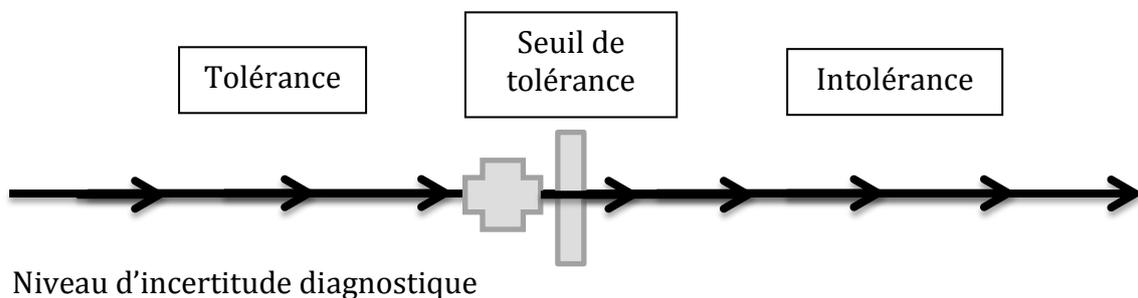
1) Niveau de base :



Légende :

 : Positionnement du médecin vis-à-vis de l'incertitude

2) Ajout d'une donnée incompatible avec le script : augmentation du niveau d'incertitude



### 3) Résultat : le médecin se trouve en situation d'intolérance

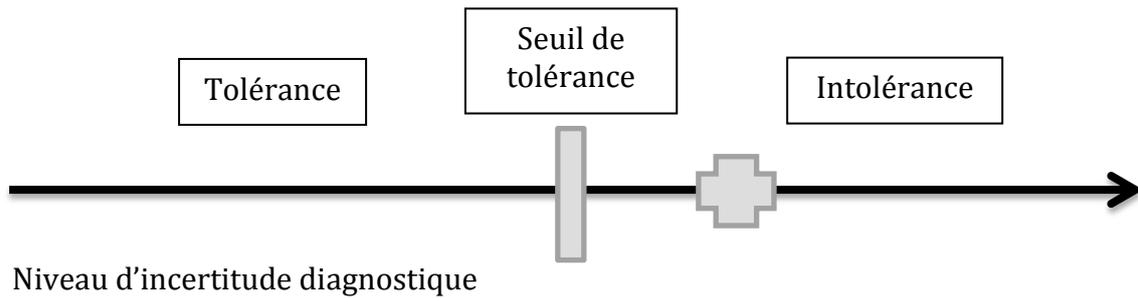
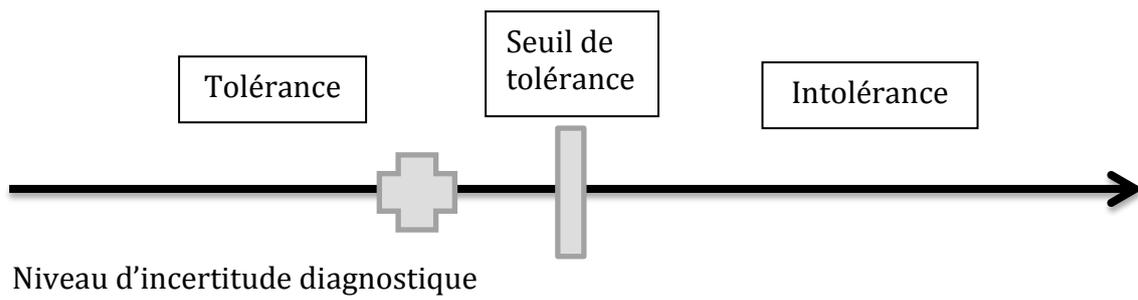


Figure 8 : influence du niveau d'incertitude

Parmi les facteurs influençant le seuil de tolérance, se trouve l'estimation du risque. Prenons le cadre d'une incertitude relationnelle (je ne suis pas sûr que le patient comprenne les consignes de surveillance), une donnée changeante du contexte (par exemple que la consultation se déroule la nuit au lieu du jour) peut transformer un risque acceptable (le patient n'a peut-être pas bien compris les consignes de surveillance mais pourra être convenablement pris en charge si problème) en inacceptable (il ne pourra pas convenablement être pris en charge) et conduire le médecin à ne pas tolérer cette incertitude (figure 9) :

1) Niveau de base (2) :

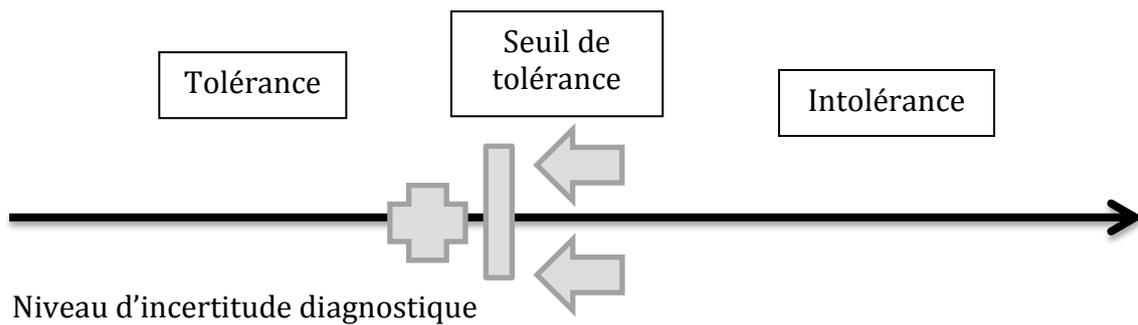


Légende :



: Positionnement du médecin vis-à-vis de l'incertitude

2) Modification de l'évaluation du risque (par exemple la consultation se déroule de nuit au lieu de la journée): déplacement du seuil de tolérance



3) Résultat : le médecin se trouve en situation d'intolérance

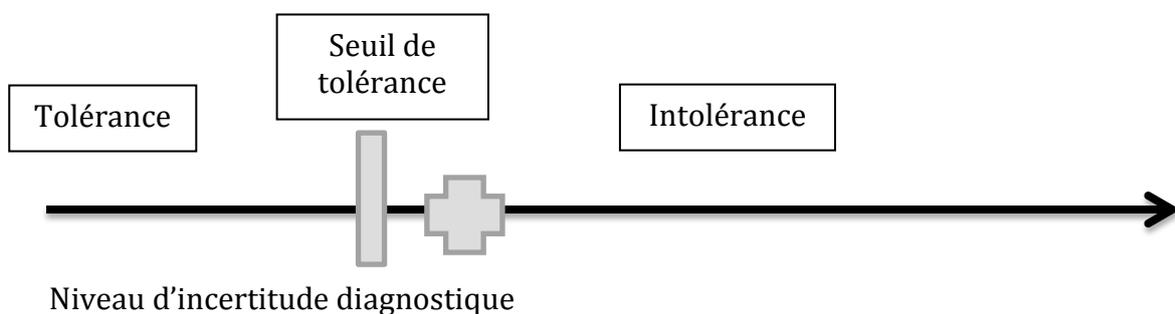


Figure 9 : influence du risque sur le seuil de tolérance à l'incertitude

Dans cette situation, le niveau d'incertitude est resté identique. Simplement, une donnée du contexte a modifié l'évaluation du risque et fait se déplacer le seuil de tolérance à l'incertitude ce qui transforme une situation de tolérance en une intolérance à l'incertitude.

La réalité est sans doute plus complexe. Les différents types d'incertitude peuvent être liés et coexister dans une même situation. Chaque donnée d'une consultation peut à la fois modifier le niveau d'incertitude et influencer le seuil de tolérance.

Dans un cadre où le positionnement du médecin est proche du seuil, il suffit alors de peu de chose pour basculer d'une situation de tolérance à une intolérance à l'incertitude.

## PERSPECTIVES

---

Ce travail ouvre un certain nombre de perspectives. Le « gut feeling » est-il l'expression de la tolérance ou de l'intolérance du médecin à l'incertitude ? Quelle est l'importance des biais de confirmation dans les stratégies de réduction de l'incertitude en médecine ? Dans quel sens la personnalité anxieuse d'un médecin influe-t-elle sur sa tolérance à l'incertitude ? Les données de la psychologie sur l'incertitude relationnelle sont-elles transposables au champ de la santé en générale et de la médecine en particulier ? Quelles sont les implications, les sources et les déterminants de l'incertitude relationnelle en médecine ?

## FORCES ET FAIBLESSES

---

Ce travail propose un modèle compréhensif du phénomène d'incertitude en médecine générale. Il ouvre la voie à un enseignement de l'incertitude et de sa tolérance, dans le cursus des études de médecine générale.

Il met en lumière une forme d'incertitude peu décrite dans le domaine de la santé : l'incertitude relationnelle.

Plusieurs données de la littérature sont confirmées par ce travail sur le raisonnement clinique intuitif, l'intérêt d'une relation médecin-patient de qualité, les déterminants du « gut-feeling ».

Cette approche qualitative par théorisation ancrée est novatrice dans le domaine de l'incertitude en médecine.

Parmi les faiblesses, on note un manque de rigueur dans la définition de l'incertitude dans ce travail, inhérente à la démarche de théorisation ancrée. Le niveau de précision n'est pas satisfaisant pour un sociologue ou un scientifique.

Un certain nombre de biais d'induction sont à relever au cours des premiers entretiens du fait du caractère inadapté et trop fourni du guide d'entretien initial. L'incertitude était abordée frontalement en limitant probablement la variabilité et la richesse des réponses.

Il s'agit d'une démarche d'analyse subjective des entretiens qui n'est pas généralisable.

L'écoute de l'interviewer ne fut pas optimale sur plusieurs entretiens avec des interruptions trop fréquentes du discours de l'interviewé et parfois une inattention aux thématiques abordées par les interviewés.

Il s'agit ici de la première expérience de l'auteur dans la réalisation d'entretiens et dans la démarche de théorisation ancrée.

La triangulation du codage fut effectuée par un chercheur dont c'était également la première expérience en théorisation ancrée.

L'auteur ne maîtrisait pas l'intégralité des fonctions d'analyse des données proposées par le logiciel Nvivo.

La théorie proposée n'a pas été vérifiée selon la technique de l'échantillonnage théorique préconisée dans une démarche de théorisation ancrée.

## **CONCLUSION :**

---

Lors des premiers contacts d'un jeune praticien avec les soins primaires hors de l'hôpital, une constatation s'impose : la pratique de la médecine générale place le médecin face à des situations où il ne possède pas toutes les informations qui pourraient lui paraître nécessaires pour poser un diagnostic ou prendre sa décision.

Pour explorer les déterminants de cette incertitude, nous avons effectué une démarche de théorisation ancrée à partir d'entretiens semi-directifs menés auprès de médecins généralistes d'Alsace et d'Ile-de-France.

L'analyse de ces entretiens confirme que l'incertitude est partie constituante de l'exercice de la médecine générale pour les participants. Elle est à la fois nécessaire et dangereuse. Certaines situations d'incertitude sont tolérées par les médecins, d'autres au contraire conduisent le médecin à chercher à augmenter son niveau de certitude et correspondent alors à une intolérance. Plusieurs déterminants de ce mécanisme de tolérance à l'incertitude ont émergé de ce travail. Il s'agit du contexte de la consultation, des facteurs liés au médecin, des facteurs liés au patient, de la relation entre le patient et le médecin, et de l'estimation du risque.

Notre travail distingue trois formes d'incertitudes : l'incertitude diagnostique, l'incertitude thérapeutique et l'incertitude relationnelle. Cette dernière est peu décrite dans le domaine de la médecine.

Nous proposons un rapprochement des mécanismes de tolérance à l'incertitude avec ceux du « gut feeling » dont les déterminants sont proches.

Nous proposons un modèle permettant de mieux appréhender les mécanismes de la tolérance à l'incertitude en médecine générale qui pourrait faciliter son enseignement dans la formation initiale.

Notre modèle repose sur la notion de seuil de tolérance à l'incertitude marquant la frontière parfois ténue entre des situations d'incertitude tolérables et intolérables.

De plus amples travaux seraient souhaitables à l'avenir pour définir précisément l'incertitude relationnelle en médecine et en comprendre les mécanismes.

VU

Strasbourg, le .....

Le président du Jury de Thèse

Professeur Christian BONAH

VU et approuvé

Strasbourg, le .....

Le Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg

Professeur Jean SIBILIA

## BIBLIOGRAPHIE

---

1. Bloy G. L'incertitude en médecine générale : sources, formes et accommodements possibles. SCIENCES SOCIALES ET SANTE. mars 2008;26(1):67-91.
2. Kassirer JP. Our stubborn quest for diagnostic certainty. A cause of excessive testing. N. Engl. J. Med. 1 juin 1989;320(22):1489-1491.
3. Assurance maladie. Activite\_des\_medecins\_\_actes\_\_par\_region\_en\_2010.xls [Internet]. AMELI.fr. Disponible sur: [http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/Activite\\_des\\_medecins\\_\\_actes\\_\\_par\\_region\\_en\\_2010.xls](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Activite_des_medecins__actes__par_region_en_2010.xls)
4. Van der Weijden T, Van Velsen M, Dinant G-J, Van Hasselt CM, Grol R. Unexplained complaints in general practice: prevalence, patients' expectations, and professionals' test-ordering behavior. Med Decis Making. juin 2003;23(3):226-231.
5. Foucault M. Dits et écrits: 1954-1988. Editions Gallimard; 1994.
6. Schneider A, Löwe B, Barie S, Joos S, Engeser P, Szecsenyi J. How do primary care doctors deal with uncertainty in making diagnostic decisions? The development of the « Dealing with Uncertainty Questionnaire » (DUQ). J Eval Clin Pract. juin 2010;16(3):431-437.
7. Reid S, Whooley D, Crayford T, Hotopf M. Medically unexplained symptoms--GPs' attitudes towards their cause and management. Fam Pract. oct 2001;18(5):519-523.
8. Maurer BT. The principle of uncertainty in medical practice. JAAPA. juin 2012;25(6):61.
9. Biehn J. Managing uncertainty in family practice. Can Med Assoc J. 15 avr 1982;126(8):915-917.
10. Katon WJ, Walker EA. Medically unexplained symptoms in primary care. J Clin Psychiatry. 1998;59 Suppl 20:15-21.
11. Innes AD, Campion PD, Griffiths FE. Complex consultations and the « edge of chaos ». Br J Gen Pract. janv 2005;55(510):47-52.
12. Antoñanzas F, Rodríguez-Ibeas R, Juárez-Castelló CA. Coping with uncertainty on health decisions: assessing new solutions. Eur J Health Econ. août 2012;13(4):375-378.
13. Care N, Sanche G. Je pense, donc je soigne, les dessous de la décision clinique. Le médecin du Québec. mai 2010;45(5):45-50.
14. Glaser B, Strauss A. The discovery of grounded theory : strategies for grounded research. New York: Aldine de Gruyter; 1999.

15. Strauss AL, Corbin JM. Basics of qualitative research : techniques and procedures for developing grounded theory. Thousand Oaks: Sage Publications; 1998.
16. Albert M, Hodges B, Regehr G. Research in medical education: balancing service and science. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* févr 2007;12(1):103-115.
17. Bunniss S, Kelly DR. Research paradigms in medical education research. *Med Educ.* avr 2010;44(4):358-366.
18. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care.* 12 janv 2007;19(6):349-357.
19. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique.* 1994;(23):147-181.
20. Blanchet A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. Armand Colin; 2007.
21. Thomson GH. Tolerating uncertainty in family medicine. *J R Coll Gen Pract.* juin 1978;28(191):343-346.
22. CNRS. Définitions de l'incertitude [Internet]. Le trésor de la langue Française informatisé. Disponible sur: <http://atilf.atilf.fr/dendien/scripts/tlfiv5/advanced.exe?8;s=1988754180;>
23. Knight FH. Risk, Uncertainty and Profit. Cosimo, Inc.; 2006.
24. Jones R, Britten N, Culpepper L, Gass DA, Grol R, Mant D, et al. *Oxford Textbook of Primary Medical Care: 2-Volume Set.* Oxford University Press, USA; 2005.
25. Beresford EB. Uncertainty and the shaping of medical decisions. *Hastings Cent Rep.* août 1991;21(4):6-11.
26. Fox RC. L'incertitude médicale. Paris : L'Harmattan ; Louvain-la-Neuve, France, Belgique: CIACO; 1988.
27. Knobloch LK, Solomon DH. Relational Uncertainty and Relational Information Processing Questions without Answers? *Communication Research.* 6 janv 2005;32(3):349-388.
28. Berger CR, Calabrese RJ. Some Explorations in Initial Interaction and Beyond: Toward a Developmental Theory of Interpersonal Communication. *Human Communication Research.* 1975;1(2):99-112.
29. Knobloch LK, Solomon DH. Measuring the sources and content of relational uncertainty. *Communication Studies.* 1999;50(4):261-278.

30. Cooke GP, Doust JA, Steele MC. A survey of resilience, burnout, and tolerance of uncertainty in Australian general practice registrars. *BMC Med Educ.* 7 janv 2013;13(1):2.
31. Scott IA. Errors in clinical reasoning: causes and remedial strategies. *BMJ.* 2009;338:b1860.
32. Luhmann CC, Ishida K, Hajcak G. Intolerance of Uncertainty and Decisions About Delayed, Probabilistic Rewards. *Behavior Therapy.* sept 2011;42(3):378-386.
33. Freeston MH, Rhéaume J, Letarte H, Dugas MJ, Ladouceur R. Why do people worry? *Personality and Individual Differences.* déc 1994;17(6):791-802.
34. Birrell J, Mearns K, Wilkinson A, Freeston M. Toward a definition of intolerance of uncertainty: A review of factor analytical studies of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Clinical Psychology Review.* nov 2011;31(7):1198-1208.
35. Anderson KG, Dugas MJ, Koerner N, Radomsky AS, Savard P, Turcotte J. Interpretive style and intolerance of uncertainty in individuals with anxiety disorders: A focus on generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders.* déc 2012;26(8):823-832.
36. Fergus TA, Wu KD. The Intolerance of Uncertainty Scale: Measurement Invariance, Population Heterogeneity, and Its Relation With Worry Among Self-Identifying White and Black Respondents. *Assessment.* 13 sept 2012;
37. McEvoy PM, Mahoney AEJ. To be sure, to be sure: intolerance of uncertainty mediates symptoms of various anxiety disorders and depression. *Behav Ther.* sept 2012;43(3):533-545.
38. Oglesby ME, Medley AN, Norr AM, Capron DW, Korte KJ, Schmidt NB. Intolerance of uncertainty as a vulnerability factor for hoarding behaviors. *J Affect Disord.* 22 août 2012;
39. Nendaz MR, Gut AM, Perrier A, Louis-Simonet M, Blondon-Choa K, Herrmann FR, et al. Brief report: beyond clinical experience: features of data collection and interpretation that contribute to diagnostic accuracy. *J Gen Intern Med.* déc 2006;21(12):1302-1305.
40. Eva KW. Ce que tout enseignant devrait savoir concernant le raisonnement clinique. *Pédagogie médicale.* nov 2005;6(4):225-234.
41. Pelaccia T, Tardif J, Tribby E, Charlin B. An analysis of clinical reasoning through a recent and comprehensive approach: the dual-process theory. *Med Educ Online.* 2011;16.
42. Croskerry P. Achieving quality in clinical decision making: cognitive strategies and detection of bias. *Acad Emerg Med.* nov 2002;9(11):1184-1204.
43. Charlin B, Boshuizen HPA, Custers EJ, Feltovich PJ. Scripts and clinical reasoning. *Med Educ.* déc 2007;41(12):1178-1184.

44. Nendaz M, Charlin B, Leblanc V, Bordage G. Le raisonnement clinique: données issues de la recherche et implications pour l'enseignement. *Pédagogie médicale*. nov 2005;6(4):235-254.
45. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 13 janv 1996;312(7023):71-72.
46. Stolper E, Van Bokhoven M, Houben P, Van Royen P, Van de Wiel M, Van der Weijden T, et al. The diagnostic role of gut feelings in general practice. A focus group study of the concept and its determinants. *BMC Fam Pract*. 2009;10:17.
47. Stolper E, Van Royen P, Van de Wiel M, Van Bokhoven M, Houben P, Van der Weijden T, et al. Consensus on gut feelings in general practice. *BMC Family Practice*. 2009;10(1):66.

## ANNEXE 1 : exemple de retranscription d'un entretien

---

**L'interviewer**

Donc, je fais ma thèse sur sur l'incertitude en médecine générale.

**Médecin**

Ouais.

**L'interviewer**

Donc, je m'intéresse aux différents types de, de réactions, de, de comportement, de décision dans les situations d'incertitude.

**Médecin**

Ouais.

**L'interviewer**

Au cabinet. Donc, pour ça, je réalise des, des entretiens...

**Médecin**

Et ça, ça enregistre ?

**L'interviewer**

...Semi-directifs et ça, ça enregistre.

**Médecin**

Ah, je ne savais pas. Parce que moi, j'ai un ipad aussi, je ne sais pas si ça enregistre.

**L'interviewer**

C'est une application euh ...

**Médecin**

Que vous avez téléchargé ?

**L'interviewer**

Voilà.

**Médecin**

Comment ça s'appelle.

**L'interviewer**

Celle-là, c'est audio mémo.

**Médecin**

Et c'est ... il suffit de télécharger le truc.

**L'interviewer**

Voilà.

**Médecin**

Et donc là, on est enregistré ?

**L'interviewer**

Voilà et là, ça fait, ça se comporte comme un dictaphone.

**Médecin**

C'est génial hein !

**L'interviewer**

Ouais.

**Médecin**

Bon, je vous écoute alors.

**L'interviewer**

Alors, alors, j'aimerais que vous, j'aimerais que vous me disiez si, si l'incertitude ça vous parle dans vos, dans votre pratique.

**Médecin**

Elle me parle beaucoup. Parce que vous savez aussi bien que moi que l'incertitude en médecine générale, c'est pas un truc qui a une ... que la la la médecine, c'est jamais une certitude, pour moi. Que ... il y a des impressions, il y a des sensations et il y a des feelings. Et tout ça c'est vrai. C'est-à-dire que ... ce que je pense, c'est que les jeunes médecins en particuliers et même certains médecins n'ont jamais le sentiment de ... ils ne sont pas

toujours logiques dans leur réaction quoi. C'est-à-dire que si on connaît les gens, c'est plus facile. Et puis, dans la sensation et dans la médecine, il y a aussi une, une impression personnelle. C'est-à-dire qu'il y a des jours où vous êtes bon, il y a des jours où vous êtes pas bon. Ça, c'est mon avis, si vous voulez. Il y a des jours où on a le feeling, tout passe bien et on sent bien les choses et, il y a des choses, il y a des jours où rien ne passe. Il y a des jours où vous ne sentez pas les choses.

Mais, il y a une question pas rationnelle dans la médecine. Il y a une question de, de truc. Par exemple, je vais vous donner un tout petit exemple : j'ai vu l'autre jour une bonne femme, euh... c'est un, un mercredi, une bonne femme que je connais depuis longtemps, qui n'a pas d'antécédents familiaux de, de truc. Elle vient me voir, elle avait mal au ventre à un point précis. Comme ça, pas de trouble du transit, pas de nausée, pas de vomissement, pas de sang dans les selles, elle a fait un test hemocult, elle avait rien. Et je l'ausculte, bon, la bonhomme je la connais depuis trente ans. Et elle vient me voir, elle me dit : « J'ai mal là ». Et euh ... écoutez à mon avis pfff ... il y a quelque chose, au colon, il faut faire rapidement une coloscopie. Elle avait fait trois tests hemocult déjà qui étaient tous négatifs, avec aucun antécédent. Elle n'avait jamais vu de sang dans les selles, elle n'avait pas de trouble du transit, elle avait rien. On fait un truc, on trouve un cancer tout à fait localisé, très précis qu'on a pu enlever sans envahissement ganglionnaire et tout. Donc ça, c'est une question, je dirais, globale et du feeling. Mais, ce que je veux dire, c'est que ce genre de truc, il y a des jours où ça où on le sent bien et il y a des jours où on ne le sent pas bien. Donc ça, c'est un truc que qu'on peut voir en deux minutes, c'est pas une question de temps, c'est une question d'avoir une idée de faire cet examen sur une femme avec une symptomatologie minimale et, euh alors qu'elle se plaignait de ça depuis une semaine quoi. Donc, si vous voulez, il y a des jours où ça passe et il y a des jours où ça ne passe pas. Bon, il y a des jours où comme je vous ai dit, on est bon, il y a des jours où on n'est pas bon.

Mais euh, dans le boulot, euh ... je pense que la plupart du temps, il faut ouvrir des portes. C'est-à-dire soit vous êtes sûr de votre diagnostic et vous ouvrez les portes qu'il faut, soit vous êtes pas sûr de votre diagnostic et, à ce moment là, il faut demander l'avis d'un autre, faire des analyses, essayer de compléter votre truc. Mais, il faut se fier à un ensemble de phénomènes. L'ensemble de phénomènes, c'est il faut regarder l'âge, le type, la mentalité euh, la culture, les antécédents que vous avez dans la tête et que vous sentez sur lui et les troubles qu'il peut alléguer et, voir si ça correspond à un ensemble cohérent. Si vous faites ça pas, vous vous plantez. Je vais vous donner un tout petit exemple hein : X, il a vu un gosse de onze ans. Il y a huit jours. Le gosse il se plaignait d'une douleur testiculaire, machin. Euh ... donc, X a tout de suite pensé à une orchite. Alors, moi les orchites à onze ans, isolés chez un adolescent de onze ans, j'en ai jamais vu, ça n'existe pas. Ça rentre dans le cadre d'autres maladies. Si vous avez une parotidite ourlienne ou un machin, vous pouvez faire en même temps une orchite. Mais l'orchite à onze ans, le rapport sexuel à onze ans, c'est truc donc il y en a pas. X, il demande un sérodiagnostic mycoplasme chlamydiae, une sérologie HIV, il fait faire un prélèvement et un bilan sanguin et un examen d'urine. Bon le gosse, il avait rien de tout ça. Donc, une sérologie HIV bien sûr négative, il avait un prélèvement mycoplasme chlamydiae à onze ans c'est ... aucun intérêt parce que le gosse il a jamais eu de rapport. En fait ce gosse il se branle. Donc, quand vous, je l'ai examiné, il avait un cordon long et de temps en temps, il avait un testicule qui était long et oscillant. Donc, il avait mal le truc. Donc, le seul examen qu'il fallait faire, c'est un bilan sanguin pour être sûr que c'est pas inflammatoire, et le deuxième examen qu'il fallait faire, c'est une échographie. Mais demander un sérodiagnostic mycoplasme chlamydiae et de sérologie HIV et tout ça, c'était sans intérêt. Donc ça, c'est des trucs qu'on apprend avec l'expérience et avec le temps mais que on ne peut pas savoir d'emblée quoi. Je ne ... je lui dirait que c'était inutile et que c'était pas ça mais, ce que je veux dire c'est que il y a très peu chance que ce gosse, il ait une infection à mycoplasme chlamydiae. Parce que cliniquement, sinon, vous demandez n'importe quoi quoi. C'est un gosse qui vient pour quelque chose, vous pouvez demander n'importe quoi. Et ça n'a aucun intérêt. Ce qu'il faut c'est essayer de sérier la personnalité

des gens et de voir comment ça se passe. Mais le doute, il est constant en médecine générale. Il est constant et permanent. Et ce doute, il est parfois très angoissant.

Et moi, par exemple, il m'arrive de faire une consultation, de voir X malades, et le soir, je repense à des cas qui m'ont gênés ou des trucs et que je téléphone aux gens pour demander comment ils vont, comment ça s'est passé, si ça c'est arrangé ou alors, je demande qu'il me rappelle. Quand j'ai le doute par exemple, dernièrement, j'ai une bonne femme qui avait une douleur très importante, qui évoquait une névralgie d'Arnold, qui tirait jusque de l'hémiface, qui tirait dans l'œil, et cetera. Une femme que je connais depuis longtemps, qui fait, qui travaille dans une clinique, qui porte beaucoup et cetera. Et la douleur, elle évoquait vraiment une névralgie d'Arnold. Seulement, elle avait un côté comme ça presque pulsatif dans la douleur qui m'a inquiété. Et, et j'étais pas tranquille. Donc, la bonne femme, je l'ai vu la veille, la veille du, d'une fête hein, et j'y ai pensé le soir et même la nuit. Et le lendemain matin, je l'ai appelé chez elle pour lui demander comment ça allait. Donc, si vous voulez, le doute il existe et il est permanent. Et j'avais demandé des examens, un scanner et cetera, tout ce qu'il fallait faire. Et elle devait partir au, en Angleterre donc elle je elle me rappelle, je l'ai au téléphone, elle m'a dit : « Bon, maintenant ça va, ça s'est passé », j'ai dit « Bon Madame, vous pouvez partir, il n'y a pas de problème quoi ». Mais, c'est pour dire que le doute il est permanent et, et si vous voulez, dans ma carrière médicale, j'ai vu tellement de trucs bizarres, graves, dramatiques et tout que ... le doute il doit être là. Et le doute, c'est un moteur de notre métier. Si vous avez pas ce moteur, vous vous plantez. Vous voyez ce que je veux dire ?

**L'interviewer**

Hmm.

**Médecin**

Parce qu'il faut tout le temps se remettre en question. Il faut pas se dire c'est ça et donc je suis sûr que c'est ça. Il faut, il faut, il faut être, il faut être humble. Parce que vous pouvez voir deux gosses qui vomissent et cetera, et moi, j'ai comme ça à l'image d'un, d'un gamin, je faisais un remplacement dans le nord, il y a, il y a très longtemps, il y a trente-cinq ans. A A., c'est un patelin perdu dans la Somme, et c'est un cabinet de groupe qui avait trois médecins. Et, l'autre médecin, il faisait des visites et moi, je faisais des consultations donc le le ... il fait, il voit un gosse le matin et puis l'après-midi, c'est moi qui faisais les visites. Et la la famille me rappelle en me disant : « Le gosse, c'est pas bien ». Je voulais voir le gosse, et je le déshabille hein, c'est un gosse qui avait quatre ans, c'était dans une condition très misérable hein, c'était des des régions très pauvres, très très trucs. Et donc, il avait deux tâches purpuriques, il avait une méningite. Et le médecin l'avait vu le matin, il avait dit c'est une gastroentérite quoi. Le gosse n'avait pas de fièvre, il avait vomi une fois, il avait de la diarrhée donc il a dit c'est gastroentérite. Et l'après-midi, il avait un purpura méningococcique. A l'époque, il y avait pas de SAMU, pas de truc, pas de transport sanitaire, donc j'ai appelé la gendarmerie. J'ai demandé un hélicoptère de la gendarmerie, ils sont venus. On a transporté le gosse à l'hôpital de S., il s'en est sorti. Mais, c'est pour dire que ... le doute doit toujours être présent et tout, il faut toujours se remettre en question quoi. Et le médecin, c'était un bon médecin, c'est un type qui connaissait son boulot, qui fait ça depuis vingt ans, qui avait vraiment la pratique et qui est passé à côté quoi. Donc, si vous voulez, on peut tous passer à côté de plein de choses.

**L'interviewer**

Est-ce que vous avez l'impression que le, que votre gestion de l'incertitude, du doute a évolué ?

**Médecin**

Ah oui.

**L'interviewer**

Depuis que vous, vous pratiquez ?

**Médecin**

Oui bien sûr. Ah oui oui.

**L'interviewer**

Ce que vous me disiez, le le doute est, est constant et permanent,

**Médecin**

Et c'est toujours constant et permanent. C'est-à-dire que quand je vois quelqu'un, je me dis toujours, ça peut être ça ou ça. Et ... je pense que je gère plus de la même façon qu'avant. D'ailleurs, j'essaye d'ouvrir plus de portes et de me faire plus aider.

**L'interviewer**

D'accord.

**Médecin**

C'est-à-dire que j'ai des correspondants auxquels j'ai une confiance absolue et qui sont, quand on a une grosse clientèle comme moi, on arrive à obtenir très vite des rendez-vous quoi. Et si je prends mon téléphone et que je téléphone au cardiologue, il me prend l'après-midi même, un malade, il n'y a pas de problème, dans l'heure qui suit quoi. Donc ça, c'est aussi très important. Et euh ... si je téléphone à l'ORL parce qu'il y a un problème et cetera, il le prend vite. Mais, par exemple, je vais vous donner un exemple d'un type que j'ai vu il n'y a pas longtemps, qui est venu, que j'ai vu à la pharmacie. C'est un type que je connaissais et que je voyais une fois par an, comme ça, je ne l'ai pas vu depuis un an. Et le gars, il achetait le samedi à midi du doliprane. Alors il était avec une fille que je connais, c'est une nouvelle copine à lui, jolie, machin, le gars beau, je ... bien, pas con, et cetera, PDG d'une boîte et tout. Et il achète du, du doliprane et il dit à la pharmacienne, et moi, j'étais à côté pour acheter un truc pour du dentifrice je sais plus, un truc comme ça. Et je lui ai dit : « Pourquoi vous bouffez tellement de doliprane ? ». Alors elle m'a dit : « Mais oui, je sais pas il a toujours mal à une dent, machin ». C'était samedi, il était douze heures. J'ai dit : « Quand même, mal à une dent comme ça depuis des semaines, vous allez, vous prenez quatre doliprane, un gramme par jour, et vous avez toujours mal. C'est quand même bizarre ». Le gars, il vient au cabinet donc je le prends après la fermeture du cabinet. Il vient et j'ai eu tout de suite l'impression qu'il avait quelque chose de pas catholique. Il avait pas de problème dentaire majeur par contre, il avait une diminution de la mobilité de la langue, c'est-à-dire qu'il ne pouvait pas bouger bien la langue à l'intérieur de la bouche. Et euh... donc, lundi, je l'envoie à l'ORL. Je téléphone à l'ORL qu'il le voit lundi. Le lundi soir, j'ai un fax de l'ORL qui dit il y a rien. Le mercredi, le gars il vient il me dit : « Maintenant qu'est-ce que je fais ? J'ai toujours mal, et cetera ». Et, je l'ai envoyé à un deuxième ORL qui lui avait dit : « il a un cancer de la langue ». Et un cancer évolué, assez important, et cetera. Et le gars, maintenant, il avait ... ce sera lourd à curer, on lui fait un truc très lourd et cetera. Mais, c'est pour dire que il y a une question de feeling, de truc qu'on ne peut pas deviner. Bon, si j'avais pas rencontré ce type à la pharmacie, si j'avais pas été étonné par la prise de médicament comme ça, de d'automédicament, à cette posologie, depuis des semaines, le fait que j'avais un premier avis d'un oto-rhino qui ne m'a pas convaincu et j'ai dû demander l'avis un deuxième. Et ça apparaît le truc. Mais, le doute, il est tout le temps permanent. Le premier, il aurait du ouvrir les portes.

**Interviewer**

Hmm hmm.

**Médecin**

Le premier oto-rhino, il aurait du dire : « Ecoutez, si dans trois jours vous avez encore mal, si vous avez fait... » Il lui a donné de l'Ibuprofène quoi. Si vous avez encore mal, il faut revenir et voir quelque chose ou faire quelque chose en plus. Et il avait un petit ganglion que moi j'ai senti que l'ORL n'a pas signalé quoi.

**Interviewer**

D'accord.

**Médecin**

Donc, si vous voulez, le doute, c'est quelque chose de très important. C'est aussi vous avez une nénette qui arrive. Ça, ça s'est produit hier, une fille qui est arrivée. Bon elle est divorcée, séparée, jolie et elle vient me voir parce qu'elle a une douleur dans le ventre. Mais vraiment rien d'autre. Je la regarde, elle a changé de mec, je le savais, elle était venue avec le nouveau et cetera. Et elle avait quarante, quarante ou trente neuf ans, quarante ans. Et je lui demande : « Bon, comment s'est venu ? Est-ce que s'est venu après un rapport et cetera, la

date des dernières règles », mais elle m'a dit : « oh, j'ai pas de retard de règles, mais mes règles la dernière fois c'était pas exactement comme d'habitude et cetera ». Et j'ai dit : « Ecoutez, il faut qu'on regarde ». Vous savez les femmes, c'est pas toujours évident pour les examiner hein ! Quand vous vieillissez, c'est plus facile. Parce que vous êtes un vieux Monsieur, donc vous pouvez faire de toucher vaginal. La fille, elle ne s'imagine pas que tu vas lui sauter dessus quoi. Donc, je lui un fait un toucher et je trouve un cul de sac très dur. Elle avait une grossesse extra. Bon, si elle avait pas eu ce contexte d'avoir changé de mec, d'avoir un look comme ça et cetera, j'aurais peut-être pas forcément pensé à une douleur euh, à une grossesse extra. Elle ne saignait pas, elle, elle avait pas de notion de retard de règles précise puisqu'elle avait eu des règles mais ça devait être des fausses règles et elle avait des petites métrorragies, des petites métrorragies. Donc, si vous voulez, c'est ça qu'il faut, il faut un peu de feeling quoi.

**Interviewer**

Hmm hmm. Et quel a été le lien entre le ... quel a été l'apport de l'expérience sur le feeling ?

**Médecin**

C'est très important, c'est très important l'expérience parce que quand vous avez vu de tout, puis bon, moi, je fais partie, vous allez dire que ça vous, ça vous, ça vous emmerde que je vous dise ça mais j'ai fait de la médecine depuis quarante ans hein ! Et donc, j'ai fait de la médecine dans des conditions qui n'étaient celles d'aujourd'hui. C'est-à-dire que il y a quarante ans, les antibiotiques, il y en avait pas quoi. Donc c'est des, de la pénicilline injectable et on faisait dans les angines de l'Hexacycline en sirop quand c'est sortie. L'Amoxicilline n'existait pas, on faisait de la strepto et de la péni en injectable. Donc si vous voulez on était quand même très bloqué hein ! Et par exemple, dans les ulcères d'estomac, on faisait de l'oxyféryscorbone sodique en piqûre. Et, je me souviens comme ça d'un d'un gendarme, que j'avais comme client. Le mec, il avait un ulcère d'estomac chronique et on ne faisait pas de gastroscopie. Vous avez transit gastroduodéal hein, vous avalez de la bouilli et on vous regardait, on ne faisait pas de... l'helicobacter, on ne connaissait pas. Vous avez rien quoi. Donc, le gars on lui faisait des piqûres d'oxyféryscorbone. Le mec, il arrive, il avait eu cent piqûres quoi. Et bon, je venais de m'installer. Et le gars, il arrive, il avait une ulcère : « Je fais un premier piqûre d'oxyféryscorbone, parce que j'ai tout le temps mal et cetera ». Et finalement, j'ai dit : « Ecoutez, on ne peut pas continuer comme ça, il faut faire quelque chose ». Et finalement, on l'a opéré, il avait une cancérisation de l'ulcère gastrique au niveau de la ventrale. Mais, c'est pour dire que, on a rien fait quoi, on a enlevé le truc, on fait un Péant et puis, c'était fini quoi ! Et on ne faisait pas de chimio, pas de radio, vous avez rien ! Donc, si vous voulez, on sort d'une autre génération de médecin que vous quoi. On n'est pas du tout ... vous, vous êtes beaucoup plus technique, beaucoup plus compétent, vous avez l'internet, vous avez le truc mais vous êtes un peu paumé quand vous avez pas tout quoi. Quand vous avez pas internet et tout, donc vous avez plus de mal. Nous, on a fait de la médecine, je dirais de brousse, si vous voulez, par rapport à vous.

**Interviewer**

Hmm hmm.

**Médecin**

Ça nous a quand même appris beaucoup de choses mais le fait d'avoir vu une masse énorme de de malades, ça vous ouvre des trucs et que ça vous apprend à renifler la merde quoi. Parce que c'est ça le problème.

**Interviewer**

C'est-à-dire que l'expérience a développé votre intuition ?

**Médecin**

Absolument. Absolument. L'expérience et des souvenirs. Vous avez vu, par exemple, la méningite pour moi, c'est resté un problème récurrent. C'est-à-dire qu'il n'y a pas un gosse que je vois fébrile sans examiner la nuque. Je ne le fais, je ne vois pas un gosse qui a de la fièvre sans examiner la nuque. Et cette année, j'ai eu quatre méningites quand même. Euh donc, c'est quand même très important. Dont une méningite à strepto qui a été dramatique, une, une méningite et meningo qui a été dramatique. Et là, j'ai fait le diagnostic ici, le gosse, il

était vraiment pas bien, il n'avait pas de tâche purpurique mais il était pas bien. J'ai appelé le SAMU, les mecs, ils ont été supers, ils sont venus, ils ont commencé l'antibiothérapie ici. Donc, le gosse en est sorti. Et donc, si vous voulez, le gosse il avait très peu, il avait onze ans mais il avait vraiment une nuque raide quoi. Et donc, la la méningite ça reste, si vous voulez, une grande angoisse quoi. Et ça reste un truc, chaque gosse fébrile que je vois, j'examine sa nuque parce que c'est le truc qu'auquel il faut penser. Bon, maintenant, il y a aussi beaucoup de méningite virale et cetera, je sais pas qui sont moins graves. Alors, la douleur cardiaque par exemple, quand vous faites un électro et tout, l'électro n'est parlant qu'en phase aigue. Nous, on ne peut pas faire d'électro d'efforts, on ne peut pas faire de scinti, on ne peut pas faire preuves d'effort, on ne peut pas faire de coronographe. Donc, pour garder les gens et puis vous, vous dites : « Celui-là bon, il fume, il a du cholestérol, euh il peut être à risque ». Alors, il vous décrit, vous lui dites de décrire sa douleur. Et c'est-ce qui est très important dans la douleur cardiaque. Si le gars il vous dit : « J'ai mal dans les mâchoires et j'ai mal dans les dents ». Hier, j'ai vu une bonne femme qui est venue me voir, qui est soignée par un autre médecin. Elle avait des douleurs maxillaires. C'est tout. Pas de douleur précordiale, pas de douleur dans les bras et elle était allée chez un cardiologue, il avait rien vu. Et on a fait une épreuve d'effort et en fait, elle avait une irradiation maxillaire des douleurs coronaires quoi. Et donc, là-dessus, c'est... on a fait le diagnostic, elle est à l'hôpital et train d'être pontée. Donc, si vous voulez, c'est ce genre de chose qu'il faut voir quoi. Mais c'est ... c'est pas toujours précis comme intuition. C'est toujours un peu ... c'est le feeling quoi. Et il a des mecs qui ont jamais de feeling hein ! Il y a des mecs qui sont pas faits pour être médecin. Il y a des mecs qui ... ils ont un syndrome douleur abdominale, il pense pas à une appendicite quoi. Et on voit encore des péritonites, des trucs. Il y a deux jours, j'ai vu un type. Alors, il vient me voir : « J'ai mal au ventre, j'ai mangé de merguez, j'ai la diarrhée, voilà ». Bon c'est un type qui est espagnol. Et le mec, je le connais bien. C'est un gars que je connais depuis longtemps. Celui-là je me suis dit : « S'il se plaint de son ventre, il s'est jamais plaint jamais de son ventre, s'il plaint de son ventre, c'est il y a quelque chose ». Donc, je regarde, alors, il faut penser à diverses urgences. Il avait mal à un point précis à droite, il n'a pas de défense. Finalement, il avait quand même une péritonite appendiculaire quoi. Voilà. Je l'ai expédié, on a fait une échographie, une prise de sang, et il y en a même pas. Mais ça, si vous voulez par exemple, pour l'appendicite, moi, j'ai connu une époque où tous les gens qui avaient mal au ventre, on les opérerait.

**Interviewer**

Hmm hmm.

**Médecin**

Hein ? Systématiquement. C'est-à-dire il y avait des, des quartiers entiers où il y avait plein de gosses de dix ans et qui avaient encore un appendice, on les enlevait comme ça. D'abord, parce qu'il avait des, des chirurgiens qui touchaient machin, il y avait des médecins qui étaient d'accord avec le chirurgien et qui encaissaient dix pourcent du coût. Donc, ça se faisait c'est comme les amygdales. Moi, j'ai travaillé dans des cabinets ruraux, l'ORL il venait. Euh et il opérerait les amygdales et les végétations. Et le médecin, il touchait comme aide opératoire trente pourcent du coût du truc.

**Interviewer**

(rires).

**Médecin**

Mais ça se faisait au cabinet du médecin. Il mettait un masque formol sur le truc, le gosse il dégueulait, il crachait son sang et tout, c'était horrible, c'était ça. Donc, si vous voulez, les amygdales maintenant, vraiment, s'ils font pas cinq angines par an, s'il y a vraiment, si c'est pas documenté, si on n'a pas un avis, ben, on ne les fait pas opérer quoi. Vous voyez ce que je veux dire ? Donc, on a beaucoup changé quand même par l'évolution quoi. Puis bon, il y a des trucs qui nous ont apporté des trucs énormes. Je vous ai dit, je ... au début, je ne faisais que de la, du transit gastro-œsophagien, et on faisait des des des lavements barytés pour les intestins. Ça s'arrêtait là. On ne faisait pas d'écho, ça n'existait pas.

**Interviewer**

Hmm hmm.

**Médecin**

Donc les causes, ça a été un énorme truc parce que c'est une porte ouverte sur beaucoup de chose. Alors après, il y a eu les scanners et après, il y a eu les IRM. Donc, si vous voulez, on a évolué comme ça. Mais quand les premières échos, ça a été une bouffée d'oxygène. Parce que dans le doute, quand tu as un type qui a mal au ventre, l'écho, le bilan sanguin tout ça, ça ouvre des portes. Et c'est ça le principe de la médecine générale, c'est de savoir ouvrir des portes. Voilà. Qu'est-ce que je pourrais vous dire d'autres ?

**Interviewer**

Ecoutez, vous avez déjà dit, vous avez déjà dit beaucoup, beaucoup de choses. Juste, juste une dernière remarque, c'est que on est parfois un peu, un peu partagé entre, entre la volonté d'être rassurant par le patient, ce qui implique d'être, d'être assez certain de son diagnostic, et effectivement, la nécessité de de garder le doute à l'esprit.

**Médecin**

Alors, ce que je veux dire là, moi, j'ai un avis aussi très, très spécial. J'ai vu une bonne femme ce matin qui avait une masse dans un sein. C'est une femme qui a trente-cinq ans, qui a une masse mammaire droite, pas pas très nette, et pas très très, qui glisse pas sous le doigt, qui ne ressemble pas à un kyste et cetera. A la palpation, moi, je pense que c'est un cancer mais je lui ai pas dit. Je lui ai pas dit parce que on n'annonce pas un cancer du sein sur une impression. On ne prononce pas un cancer du sein, on prend rendez-vous pour faire rapidement, éventuellement, une ponction, une mammo et cetera. Et c'est par étape. Il faut aller pour progressivement. Il faut pas tout de suite marteler le truc. J'ai eu un remplaçant qui disait : « vous avez une leucémie ». Un type parce que s'il avait une anomalie, dans la numération quoi. Ça, il faut pas dire. Ou alors, il disait j'ai : « vous avez des vous avez une maladie de Kahler parce que vous avez un taux anormal de truc mais ... ». Il faut pas dire ça comme ça. Il faut d'abord prendre l'avis de l'hématologue, être sûr de son truc et cetera. Et puis, ouvrir les portes. Par exemple, ce qu'on voit souvent, c'est leucémie lymphoïde chronique des vieux, des personnes relativement âgées et cetera.

**Interviewer**

Hmm hmm.

**Médecin**

Et il faut savoir leur, il ne faut pas leur, leur balancer ça comme ça. Parce que sinon, ils disent, ils partent de là, ils ont une leucémie, ils s'écroulent quoi. Et il faut leur dire : « Ecoutez, vous avez une leucémie lymphoïde. Bon, on va prendre l'avis de l'hématologue et cetera et après, d'après ce qu'a dit l'hématologue, moi je téléphone à l'hématologue pour savoir ce qu'il a dit et je... on parle et on dit ce n'est pas du tout sûr que vous vous mourrez de ça. C'est, il n'y a pas, il n'y a pas de traitement, il faut surveiller et cetera, et cetera ». Mais il faut pas mal matraquer le truc quoi. Il faut être prudent. Comme la fille là, je lui ai pas dit qu'elle, je pensais que c'est un cancer du sein. J'ai dit : « Je pensais qu'il fallait faire des examens et qu'on verra après quoi ». Voilà, c'est comme ça qu'on fait. Mais le doute, il est permanent et le jour où vous avez plus le doute, vous vous plantez la gueule quoi. Je ne sais pas si c'est enregistré ce que j'ai dit mais tant pis.

**Interviewer**

Probablement (*rires*).

**Médecin**

Mais, ce que je veux dire c'est que euh ... il faut avoir le doute, il faut avoir le stress, il faut avoir le doute. Et je pense qu'il faut aussi aimer et respecter les gens. Ça veut dire, il faut pas faire de classe sociale, il faut pas faire de truc, il faut voir les gens comme des êtres humains et de se dire, mettre une seconde à leur place. Il faut bien voir que quand vous êtes de l'autre côté du bureau, vous êtes en position d'infériorité. Donc, c'est déjà pas marrant d'aller chez le médecin, donc il faut pas leur matraquer le truc si vous êtes pas sûr de vous. C'est comme un sida, on n'annonce pas un sida sur le résultat, une sérologie positive. On n'annonce pas sur, sur un fax, ni au téléphone. On attend que le mec soit là, on lui explique, on lui dit que probablement, c'est ça, et que le test est positif. Mais il faudra le résultat écrit en noir sur blanc quoi. Et il faut lui dire que actuellement, le sida, c'est plus ce que c'était avant et que

maintenant, il y a des trithérapies, des bithérapies, enfin traitements qui améliorent le pronostic et cetera. Il faut ouvrir des portes. Mais il faut savoir être directif et il y a une chose que vous avez ... il faut pas faire plaisir aux gens, il faut apprendre à dire non. Moi, je dirais toujours quand vous pensez qu'un truc n'est pas justifié, il faut apprendre à dire non. Il faut savoir refuser un arrêt de travail. Ou alors, si vous avez l'impression que le monde s'écroule à cause du gars, il faut dire : « Ecoutez, ... ». Moi, moi je m'en fous de refuser un arrêt de travail, j'ai tellement de client, j'en ai rien à foutre. Si je leur, je leur dis : « Ecoutez, je le fais comme vous machin, mais réfléchissez vous êtes en conflit ... ». Par exemple, il y avait un type ce matin qui avait une fille, qui est jolie comme un cœur, qui a quarante-cinq ans, qui est intelligente, brillante et tout ce que vous voulez et qui travaille dans une boîte. Elle a des problèmes avec sa DRH qui est arrivée depuis pas longtemps. Cette fille, elle travaille depuis vingt ans dans cette boîte. Et du jour au lendemain, la DRH a dit qu'elle est incompétente et cetera. Et enfin de compte, quand vous discutez avec la fille vous comprenez qu'il y a un problème autre. Et le problème autre, c'est qu'il y a un mec qui est amoureux de, que que le copain de la DRH, il est amoureux de l'autre fille qui est jolie comme un canon quoi. Et qu'en fait, la DRH, elle déteste l'autre. Elle n'a qu'une idée, c'est de la virer quoi. Donc, il faut essayer de lui faire prendre conscience du, du problème et cetera et puis, il faut lui dire que l'arrêt de travail, ça ne résoudra pas tous les problèmes et que il faut peut-être aller au charbon et se battre pour affirmer son truc et peut-être pas draguer le, le copain de la DRH quoi. Mais, c'est comme ça qu'il faut, il faut apprendre à dire non. Parce que d'abord, si vous dites toujours oui vous allez, vous êtes faits, vous faites flinguer par les caisses parce que maintenant, ils savaient exactement combien de jours d'arrêt vous donnez par an ? Quel type de malade vous avez et quels sont ceux qui prennent des arrêts. Et il faut savoir dire : « écoutez, maintenant vous reprenez le boulot et puis, si ça ne va pas, vous revenez, on en discute ». Mais il faut, il faut dire non, il faut dire non souvent. Et je dirais, bon maintenant, il y a aussi des trucs par exemple pour l'antibiothérapie et tout ça, euh ... vous, vous êtes ... moi j'ai, moi finalement, j'ai une approche de l'antibiothérapie qui est très différente de la vôtre. Parce que étant donné que j'ai connu une période où il n'y avait pas d'antibiotique, l'antibiothérapie ça a été vraiment euh un truc extraordinaire quoi. C'est-à-dire le jour où vous aviez des, des pneumopathies, que vous arriviez à sortir en ville avec des traitements bien ciblés, et cetera. Ça a été une ouverture sur beaucoup de chose hein. Alors que vous, vous êtes très cartésien, si le truc est viral et que vous avez l'impression machin, vous ne donnez pas d'antibiotique, jamais, jamais, jamais. Alors qu'en fait, il faut souvent ne pas en donner mais pouvoir dire aux gens, alors, bon par exemple, X, au début il donnait jamais d'antibiotique. Maintenant, il dit : « ouais, si dans quarante-huit heures, ça ne va pas mieux vous, je vous fais une ordonnance d'amoxicilline, vous achetez un amoxicilline ». Donc, si tu veux l'approche a changé. Euh ... c'est, c'est pour vous dire qu'on évolue dans le, dans le temps quoi. Et vous évoluerez aussi. Vous aurez plus avoir la même approche qu'à l'hôpital.

**Interviewer**

C'est sûr.

**Médecin**

Voilà. C'est ça que je voulais vous dire.

**Interviewer**

C'est sûr.

**Médecin**

Bon, maintenant, il ... vous pouvez penser qu'on ne, qu'on fait une médecine hors du temps et dérisoire mais je pense que notre médecine, elle est quand même efficace quoi. Elle est peut-être pas aussi cartésienne que la vôtre mais elle est...on a les résultats quand même. Et quand on voit les les protocoles d'ALD qu'on sort chaque année, euh, on en sort quelques uns hein ! C'est-à-dire que on est affolé par la montée des cancers, les cardiopathies ischémiques, les cancers du poumon, les cancers d'ORL, les cancers trucs. Moi, je sais que il n'y a pas de semaine où je fais pas une déclaration d'ALD nouvelle. Donc si vous voulez, on trouve quand même des trucs.

**Interviewer**

Hmm hmm.

**Médecin**

On ne se contente pas de la bobologie quoi.

**Interviewer**

Ben, oui c'est sûr oui !

**Médecin**

Voilà.

**Interviewer**

Bien merci.

**Médecin**

Pas de quoi hein ! C'est moi qui vous remercie.

RESUME :

Lors des premiers contacts avec les soins primaires hors de l'hôpital, une constatation s'impose : la pratique de la médecine générale exige de travailler en situation d'incertitude.

Pour explorer les déterminants de cette incertitude, nous avons effectué une démarche de théorisation ancrée à partir d'entretiens semi-directifs menés auprès de médecins généralistes d'Alsace et d'Ile-de-France.

L'analyse de ces entretiens confirme que l'incertitude est partie constituante de l'exercice de la médecine générale. Elle est à la fois nécessaire et dangereuse pour les participants. Certaines situations d'incertitude sont tolérées par les médecins, d'autres au contraire conduisent le médecin à chercher à augmenter son niveau de certitude et correspondent alors à une intolérance. Plusieurs déterminants de ce mécanisme de tolérance à l'incertitude ont émergés de ce travail. Il s'agit du contexte de la consultation, de la relation entre le patient et le médecin, de l'expérience du médecin et de l'évaluation du risque faite par le médecin de la situation.

Notre travail distingue trois formes d'incertitudes : l'incertitude diagnostique, l'incertitude thérapeutique et l'incertitude relationnelle. Cette dernière est peu décrite dans le domaine de la médecine.

Nous proposons un rapprochement des mécanismes de tolérance à l'incertitude avec ceux du « gut feeling » dont les déterminants sont proches.

Nous proposons un modèle permettant de mieux appréhender les mécanismes de la tolérance à l'incertitude en médecine générale qui pourrait faciliter l'enseignement de l'incertitude dans la formation des médecins généralistes.

Notre modèle repose sur la notion de seuil de tolérance à l'incertitude marquant la frontière parfois tenue entre des situations d'incertitude tolérables et intolérables.

De plus amples travaux seraient souhaitables à l'avenir pour définir précisément l'incertitude relationnelle en médecine et en comprendre les mécanismes.

Rubrique de classement :

Médecine générale

Mots-clés :

incertitude, tolérance, médecine générale, incertitude relationnelle, seuil de tolérance à l'incertitude, gut feeling, théorisation ancrée, entretiens

Président : Pr Christian BONAHE

Assesseurs :

Pr Gilles BERTSCHY

Pr Thierry POTTECHER

Adresse de l'auteur :

4 Avenue des Vosges 67000 Strasbourg

mathieulorenzo@gmail.com