

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
par

Marion BERGEAUT

Le 27 juin 2019

Évolution du ressenti face à l'incertitude au cours d'un semestre ambulatoire chez les internes de médecine générale du D.E.S. de Toulouse

Directeurs de thèse : Dr Émile ESCOURROU et Dr Igor DURLIAT

JURY :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE	Président
Monsieur le Docteur André STILLMUNKES	Assesseur
Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA	Assesseur
Monsieur le Docteur Émile ESCOURROU	Assesseur
Monsieur le Docteur Igor DURLIAT	Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2018

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ALBAREDE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas		
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric		
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges		
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette		
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline		
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean		
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel		
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.		
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri		
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean		
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.		
Professeur Honoraire	M. FABIE Michel		
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean		
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard		
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles		
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques		
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		
Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques		
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis		
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard		
Professeur Honoraire	M. HOFF Jean		
Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis		
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves		
Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques		
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche		
Professeur Honoraire	M. LARENG Louis		
Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves		
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul		
Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François		
Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude		

Professeurs Émérites

Professeur ADER Jean-Louis
Professeur ALBAREDE Jean-Louis
Professeur ARBUS Louis
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur BOCCALON Henri
Professeur BONEU Bernard
Professeur CARATERO Claude
Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CHAP Hugues
Professeur CONTÉ Jean
Professeur COSTAGLIOLA Michel
Professeur DABERNAT Henri
Professeur FRAYSSE Bernard
Professeur DELISLE Marie-Bernadette
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
Professeur JOFFRE Francis
Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LARENG Louis
Professeur LAURENT Guy
Professeur LAZORTHES Yves
Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MANELFE Claude
Professeur MASSIP Patrice
Professeur MAZIERES Bernard
Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur MURAT
Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur SALVAYRE Robert
Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur SIMON Jacques

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

2ème classe

M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVILLE Paul (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophtalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAVAUD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-entérologie
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian	Hématologie
M. RISCHMANN Pascal	Urologie
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-entérologie

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entéro
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme TREMOLLIÈRES Florence	Biologie du développement
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

P.U. Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre

Professeur Associé Médecine générale

M. ABITTEBOUL Yves

M. POUTRAIN Jean-Christophe

Professeur Associé en Neurologie

Mme PAVY-LE TRAON Anne

P.U. Médecine générale

M. OUSTRIC Stéphane

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile	M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	M. BERRY Antoine	Parasitologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-entérologie	Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. COURBON Frédéric	Biophysique	Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. HUYGHE Eric	Urologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. TACK Ivan	Physiologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie	M. YSEBAERT Loic	Hématologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie		
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie		
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie	P.U. Médecine générale	
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation	Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation	Professeur Associé de Médecine Générale	
M. OTAL Philippe	Radiologie	M. BOYER Pierre	
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick	Nutrition	Professeur Associé en Pédiatrie	
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie	Mme CLAUDET Isabelle	
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		
Professeur Associé de Médecine Générale			
M. STILLMUNKES André			

M.C.U. - P.H.

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
Mme ESCOURROU Brigitte

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr FREYENS Anne
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr CHICOULAA Bruno

Dr BIREBENT Jordan
Dr BOURGEOIS Odile
Dr LATROUS Leila

Remerciements

Merci au Pr Pierre MESTHE de m'avoir fait l'honneur de présider le jury de cette thèse. Merci pour vos encouragements tout au long de l'élaboration de ce travail.

Merci au Dr Émile ESCOURROU et au Dr Igor DURLIAT d'avoir tous les deux accepté de co-diriger cette thèse. Merci pour vos conseils précieux, votre investissement et votre réactivité dans ce travail. Merci Émile pour cet accompagnement, tous ces conseils et ces encouragements tout au long de ce travail de thèse. Merci Igor pour toutes ces choses apprises en stage, tous nos débriefings de fin de journée et toutes ces réflexions autour de ce sujet de thèse.

Merci au Dr André STILLMUNKES d'avoir accepté de siéger dans ce jury pour évaluer ce travail. Merci pour votre accompagnement dans ce projet de thèse.

Merci au Dr Bruno CHICOULAA d'avoir accepté de siéger dans ce jury pour évaluer ce travail. Merci pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

Merci au Dr Brigitte ESCOURROU de m'avoir donné de précieux conseils au début de l'élaboration de ce travail. Merci également pour tout ce que j'ai pu apprendre lors du stage chez toi.

Merci à l'ensemble du DUMG et à leurs enseignants de m'avoir accueillie et accordé du temps pour la distribution des questionnaires. Merci pour la qualité de la formation auprès des internes.

Merci aux internes d'avoir participé à l'étude.

Merci à tous mes maîtres de stage ambulatoires et hospitaliers, merci à tous mes tuteurs pour tout ce que vous m'avez apporté pendant mes semestres d'internat.

Merci à Agnès MORCILLO, Frédéric FERRATY et Pascal SARDA de m'avoir apporté une aide précieuse pour mon analyse statistique.

Merci à mes parents, à toute ma famille, pour leur soutien sans faille pendant ces neuf dernières années. Merci pour tout. Merci à mon compagnon pour son soutien. Merci à mes amis d'ici et d'ailleurs, merci pour toutes ces rencontres enrichissantes pendant toutes ces années.

Merci à tous ceux qui comptent, qui ont compté et qui compteront pour moi. Merci à tous ceux, qui parfois sans le savoir, m'ont beaucoup aidée.

Liste des abréviations

PN1 : Praticien niveau 1

SFE : Santé de la femme et de l'enfant

DES : Diplôme d'Études Spécialisées

PRU: Physicians' Reactions to Uncertainty

ECN : Examen Classant National

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

GEP : Groupes d'Échanges de Pratiques

GTT : Groupes Tutorés Thématiques

RSCA : Récits de Situations Complexes et Authentiques

MSU : Maîtres de Stage Universitaires

Sommaire

1. Introduction	2
2. Matériels et méthodes	6
2.1. Population étudiée	6
2.2. Recueil de données	6
2.2.1. Questions préalables	6
2.2.2. Physicians' Reactions to Uncertainty (PRU)	7
2.3. Analyse des données	7
2.4. Éthique	8
3. Résultats	9
3.1. Internes participants	9
3.2. Évolution du ressenti vis-à-vis de l'incertitude	10
3.2.1. Évolution en fonction du stage	10
3.2.1.1. Évolution chez les internes en stage « Praticien niveau 1 »	10
3.2.1.2. Évolution chez les internes en stage « Santé de la femme et de l'enfant »	10
3.2.1.3. Comparaison entre les deux types de stage	11
3.2.2. Évolution globale	12
3.2.3. Évolution en fonction du sexe	14
3.2.4. Autres paramètres pouvant influencer l'évolution	14
4. Discussion	15
4.1. Résultats principaux	15
4.2. Discussion avec la littérature	15
4.3. Forces et limites	19
4.4. Perspectives	19
5. Conclusion	22
6. Bibliographie	23
7. Annexes	26
7.1. Annexe 1 : PRU : Physicians' Reactions to Uncertainty	26
7.2. Annexe 2 : Coefficients α de Cronbach	30

1. Introduction

L'incertitude peut être définie comme l'impossibilité dans laquelle se trouve une personne pour connaître ou prévoir un fait. Il en résulte un sentiment de précarité. L'incertitude relève du caractère imprévisible du résultat d'une action, d'une évolution. (1) Il y a également incertitude lorsque les connaissances disponibles ne permettent pas de caractériser une situation aussi précisément qu'on le souhaiterait.(2)

On trouve en médecine plusieurs définitions d'ordre général sur l'incertitude dans la littérature. L'incertitude résulte de l'incapacité à déterminer le lien entre des événements et une maladie, d'après Mishel et al.(3). La difficulté à établir ce lien est causée par l'ambiguïté, la complexité, l'imprévisibilité de la maladie, le manque d'informations sur cette maladie et ses conséquences.(4) La difficulté pour le clinicien est alors de tenir compte des connaissances objectives pour les adapter à la singularité du sujet devant des situations non caractéristiques.(5)

En médecine générale, la très grande variabilité des motifs de consultation concourt au renforcement de cette incertitude. Elle est augmentée par la position de premier recours du médecin généraliste qui, contrairement aux médecins spécialistes d'organes qui interviennent dans un second temps, fait face à des troubles qui n'en sont qu'au stade précoce de leur évolution.(5)

Trois types d'incertitude ont été identifiés par Lorenzo (6) : diagnostique, thérapeutique et relationnelle.

L'**incertitude diagnostique** est liée au fait qu'une grande majorité des consultations en médecine générale se conclue sans diagnostic définitif. En effet, de nombreuses consultations se terminent sans étiologie précise des troubles présentés par le patient, ni même sans idée précise sur leur évolution. Cela se retrouve dans plus de 70 % des cas selon l'Observatoire de la médecine générale.(5,7,8) D'après Bhise et al., l'incertitude diagnostique peut être définie comme la perception subjective d'une incapacité à fournir une explication précise du problème de santé du patient.(9)

En découle l'**incertitude thérapeutique**. Le traitement prescrit est-il adapté ? Bien souvent, en l'absence de diagnostic précis, un traitement d'épreuve peut être initié. Il pourra potentiellement permettre d'infirmier ou d'affirmer un diagnostic. Sur le plan thérapeutique il existe aussi une incertitude liée à l'action thérapeutique elle-même qui diffère d'un patient à un autre.

Enfin l'**incertitude relationnelle** renvoie à la décision partagée et à la relation médecin patient. Elle existe aux différents temps de la consultation. Est-ce que le patient comprend ce que je lui dis ? Ai-je bien entendu et compris ce qu'il voulait me dire ?

Sur le plan de l'incertitude diagnostique, Fox (10) décrit trois niveaux d'incertitude.

Un **premier niveau** qui résulte d'une maîtrise incomplète ou imparfaite du savoir disponible. Personne ne possède toutes les compétences, ni toutes les connaissances du champ de la médecine.

Un **deuxième niveau** qui dépend des limites de la connaissance médicale actuelle. Il existe de très nombreuses questions auxquelles un médecin aussi formé soit-il n'aura pas de réponse.

Enfin, un **troisième niveau** qui tient à la difficulté du médecin de faire la part des choses entre le premier et le deuxième niveau.

Face à cette incertitude, le médecin peut adopter différents positionnements.

L'**incertitude balisée** correspond à la réduction de la plainte à des choses connues et donc a priori maîtrisables au vu des données actuelles de la science. Le protocole et l'objectivité sont mis en avant. Ces médecins valorisent le côté « carré, minimal, scientifique » de leur prise en charge. Cependant les demandes d'examens complémentaires ont une place importante afin d'éliminer des hypothèses graves, même très improbables afin de « ne pas passer à côté » d'un diagnostic. Les dimensions moins techniques ou moins organiques de la prise en charge sont davantage délaissées.(11)

L'**incertitude prégnante** est un régime d'incertitude maximal. La prise en charge est poussée assez loin avec de réelles ambitions techniques mais contrairement à l'incertitude balisée, la plainte du patient est accueillie en entier, considérée dans son ensemble sans tentative de réduction a priori.(11)

L'**incertitude contenue** correspond à une pratique dans laquelle il existe un opportunisme économique prépondérant. La plainte est alignée dans tous ces cas sur les opportunités de gains faciles. La motivation proprement professionnelle est peu présente et la formation médicale continue est négligée.(11)

L'**incertitude explorée** correspond à une distance vis-à-vis du savoir biomédical de la médecine. Les recommandations et les données actuelles de la science passent en second plan. La connaissance de proximité, individualisée, le pouvoir de l'écoute, de la parole ou du geste non technique sont valorisés.(11)

Diverses réactions et accommodations sont donc possibles face à l'incertitude. En fonction des individus, de leur mode d'exercice, de leur personnalité, la tolérance à cette incertitude peut être totalement différente.

Elle dépend de plusieurs facteurs liés au médecin, à sa personnalité, à son mode de fonctionnement, à son expérience, à l'environnement : lieu d'exercice, mode d'exercice, pression médico-légale, facteurs économiques... mais aussi de facteurs liés au patient (représentation de la maladie, traits de personnalité...).(6)

L'âge, le sexe, l'expérience, la participation à des groupes de pairs, la présence d'une activité d'enseignement et d'une activité particulière ont une influence sur la gestion de l'incertitude, la façon de s'en accommoder et sur son ressenti. L'incertitude peut ainsi être source de motivation, d'intérêt et de stimulation pour certains comme source d'angoisse et d'anxiété pour d'autres, surtout lorsque la vision biomédicale du patient est prépondérante.(12–15)

Sur le plan émotionnel, l'incertitude peut générer du stress et de l'anxiété. Le contexte social et culturel influe sur ce paramètre.(16) L'acceptation du sentiment de *gut feeling* (17) et la résilience sont des moyens permettant d'appivoiser cette incertitude. La résilience est par ailleurs associée à une augmentation de la satisfaction personnelle dans le cadre du travail. Au contraire, elle est négativement associée au risque de burn-out (18), de stress post-traumatique, d'anxiété inhibitrice, d'intolérance à l'incertitude, à la peur de conséquences négatives secondaires à une action menée et à la réticence au fait de partager l'incertitude avec les patients.(19) Ce partage de l'incertitude avec les patients réduirait le risque d'erreurs diagnostiques et serait associé à une diminution du risque de burn-out.(20)

Il paraît nécessaire de tolérer un minimum d'incertitude dans la pratique médicale. Une trop grande confiance en son diagnostic pourrait être la source d'erreurs médicales. Être sûr d'un diagnostic suppose d'éliminer tous les diagnostics différentiels et donc potentiellement d'omettre un diagnostic probable.(21) Une mauvaise tolérance à l'incertitude conduit à une augmentation des explorations complémentaires, qui peuvent s'avérer inutiles voire nuisibles pour le patient.(5) Ces explorations représentent un coût non négligeable pour la société.(9)

Ce rapport à la tolérance de l'incertitude, les internes en médecine générale y sont confrontés très tôt dès les premiers stages ambulatoires. Ils constituent une immersion dans l'incertitude parfois déstabilisante. De nombreux étudiants n'osent pas parler de leurs erreurs ou simplement dire « je ne sais pas ».(5)

Plusieurs facteurs tels que le sexe, l'âge, la satisfaction en tant qu'interne en médecine générale, la volonté d'exercer à l'hôpital ou dans un cabinet de groupe sont des déterminants des réactions face à l'incertitude des internes de médecine générale.(22) Il semble que les internes de dernière année de médecine générale ont pris conscience de la dimension d'incertitude inhérente à leur pratique.(23) Mais qu'en est-il des internes dans leurs premières années ? Bien souvent les étudiants qui tolèrent peu l'incertitude trouvent le métier de médecin généraliste trop difficile.(24) Il paraît donc nécessaire de les aider à améliorer leur ressenti face à l'incertitude. L'approche de la notion d'incertitude chez les étudiants est une notion qui doit être abordée et valorisée.(25) Former les étudiants à gérer l'incertitude en consultation sur le plan pratique et psychologique diminuerait leur angoisse lors de leurs premières décisions.(26) Les déterminants face à l'incertitude chez les internes en médecine générale doivent être clarifiés et détectés chez les étudiants afin de permettre un repérage des internes en difficulté et de leur proposer une intervention plus précoce. L'enseignement visant à améliorer les réactions face à l'incertitude n'est, jusqu'à présent, que très peu évalué.(22) Plusieurs pistes ont été évoquées afin d'aider les internes à mieux gérer leur incertitude dont l'évaluation et la valorisation de leur ressenti, notamment en se préoccupant des émotions ressenties lors des consultations afin de les aider à s'auto-évaluer.(27)

La notion d'incertitude fait partie des objectifs du parcours de formation des internes en médecine générale au sein du Diplôme d'Études Spécialisées de Toulouse. La première année, les internes ont pour objectif de reconnaître l'incertitude d'une situation clinique rencontrée, pour pouvoir l'analyser en deuxième année et la gérer en troisième année. En pratique, comment les internes font-ils face à l'incertitude ?

La formation actuelle en médecine générale à l'Université de Toulouse permet-elle de faire évoluer sur un semestre le ressenti face à l'incertitude chez les internes en stage ambulatoire dès les premières années d'internat ?

L'objectif de ce travail est de mesurer l'évolution du ressenti face à l'incertitude au cours d'un semestre chez les internes en médecine générale en stage ambulatoire de « Praticien niveau 1 » (PN1) et « Santé de la femme et de l'enfant » (SFE).

2. Matériels et méthodes

2.1. Population étudiée

L'étude est menée chez des internes de médecine générale inscrits à la faculté de médecine de Toulouse pour l'année universitaire 2018-2019. Il s'agit de 81 internes en stage ambulatoire « Praticien niveau 1 » et 71 internes en stage ambulatoire « Santé de la femme et de l'enfant ».

2.2. Recueil de données

Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire traduit et validé en français : le PRU (Physicians' Reactions to Uncertainty). (26) Ce recueil a été effectué en deux temps.

Il a été proposé une première fois en début de semestre au mois de novembre 2018 sous format papier au moment d'enseignements facultaires se déroulant sur la période concernée. Le recueil a été effectué après accord préalable des enseignants responsables et de la commission recherche.

Le deuxième temps du recueil s'est effectué auprès de la même population au mois d'avril 2019 afin de mesurer l'évolution du ressenti face à l'incertitude au cours du semestre d'hiver 2018-2019. Pour les internes en PN1, il a été délivré lors d'un nouvel enseignement facultaire selon les mêmes modalités. Pour les internes en stage « Santé de la femme et de l'enfant », ce questionnaire a été distribué à la fin du semestre le jour du choix de leur stage. Ce jour était le dernier moment où tous les internes de la promotion étaient réunis ensemble. Il n'y avait pas d'enseignement facultaire au cours du dernier mois de stage.

2.2.1. Questions préalables

La date de naissance complète ainsi que le classement à l'Examen Classant National (ECN) étaient demandés au début du questionnaire afin de pouvoir effectuer un appariement des données entre le mois de novembre 2018 et le mois d'avril 2019.

Le sexe, le classement à l'ECN, le type de stage en cours (« Praticien niveau 1 » ou « Santé de la femme et de l'enfant »), la présence en stage pendant l'externat et la satisfaction en tant qu'interne de médecine générale étaient demandés. Le sexe influence le ressenti face à l'incertitude. En effet, les femmes tolèrent moins bien l'incertitude que les hommes (22). Le classement à l'ECN, avec un choix potentiellement contraint pour la médecine générale pour les internes en fin de classement, pourrait également avoir une influence sur ce ressenti. La présence en stage pendant l'externat pourrait présenter une première exposition à l'incertitude et donc entraîner une moindre difficulté lors de la pratique et lors de sa découverte en soins premiers. Enfin, la satisfaction en tant qu'interne de médecine générale est positivement corrélée à la tolérance face à l'incertitude dans la littérature (22). Nous avons donc émis l'hypothèse que ces paramètres influençaient l'évolution du ressenti vis-à-vis de l'incertitude chez les internes.

2.2.2. Physicians' Reactions to Uncertainty (PRU)

Ce questionnaire américain a pour objectif d'étudier les réactions émotionnelles chez les médecins diplômés (généralistes et spécialistes d'organes) face aux situations complexes difficiles à résoudre, ainsi que les comportements utilisés pour faire face à ces situations.(28) Il a par la suite été traduit et validé en français pour des internes de médecine générale. La validation a consisté en une étape de validation linguistique et culturelle et une étape de validation psychométrique.(26)

Ce questionnaire validé comprend 15 items divisés en 4 dimensions : l'anxiété liée à l'incertitude (5 items), l'inquiétude quant aux conséquences négatives (3 items), la réticence à révéler l'incertitude au patient (5 items) et la réticence à parler de ses erreurs aux confrères (2 items). Chaque item est coté sur une échelle de Likert allant de 1 à 6 (1 : pas du tout d'accord ; 6 : tout à fait d'accord). Les items 4 de la dimension « Anxiété liée à l'incertitude », 1, 2, et 4 de la dimension « Réticence à révéler l'incertitude aux patients » sont cotés de façon inverse.(26) (Annexe 1)

2.3. Analyse des données

Une analyse descriptive a été réalisée pour chaque item (moyenne, écart-type, minimum, maximum, 1^{er} quartile, 4^{ème} quartile). Cette même analyse a été réalisée pour chaque dimension, les coefficients alpha de Cronbach montrant une homogénéité des items dans chaque dimension (Annexe 2).

La significativité de l'évolution a été calculée à l'aide du test des rangs signés de Wilcoxon. La partie analytique a permis de calculer un rapport de corrélation entre certains déterminants (sexe, stage en cours, classement à l'ECN) et l'évolution du ressenti face à l'incertitude. Ce rapport a été calculé à l'aide du test de Student avec un risque alpha inférieur à 5 %.

Les résultats sont exprimés en points (+/- intervalle de confiance).

Les calculs ont été effectués à l'aide des logiciels Excel® et SPSS®.

2.4. Éthique

Ce travail de recherche ne relevait pas de l'accord d'un comité éthique.

3. Résultats

3.1. Internes participants

Sur 152 internes en stage « Praticien niveau 1 » et « Santé de la femme et de l'enfant », 144 ont répondu au premier recueil. Parmi ces internes, **102 ont pu être appariés en répondant au deuxième recueil**. Il y a eu 42 perdus de vue. Le taux de participation était est de 95 % pour le premier recueil et de 67 % pour l'appariement suite au deuxième recueil. (Figure 1)

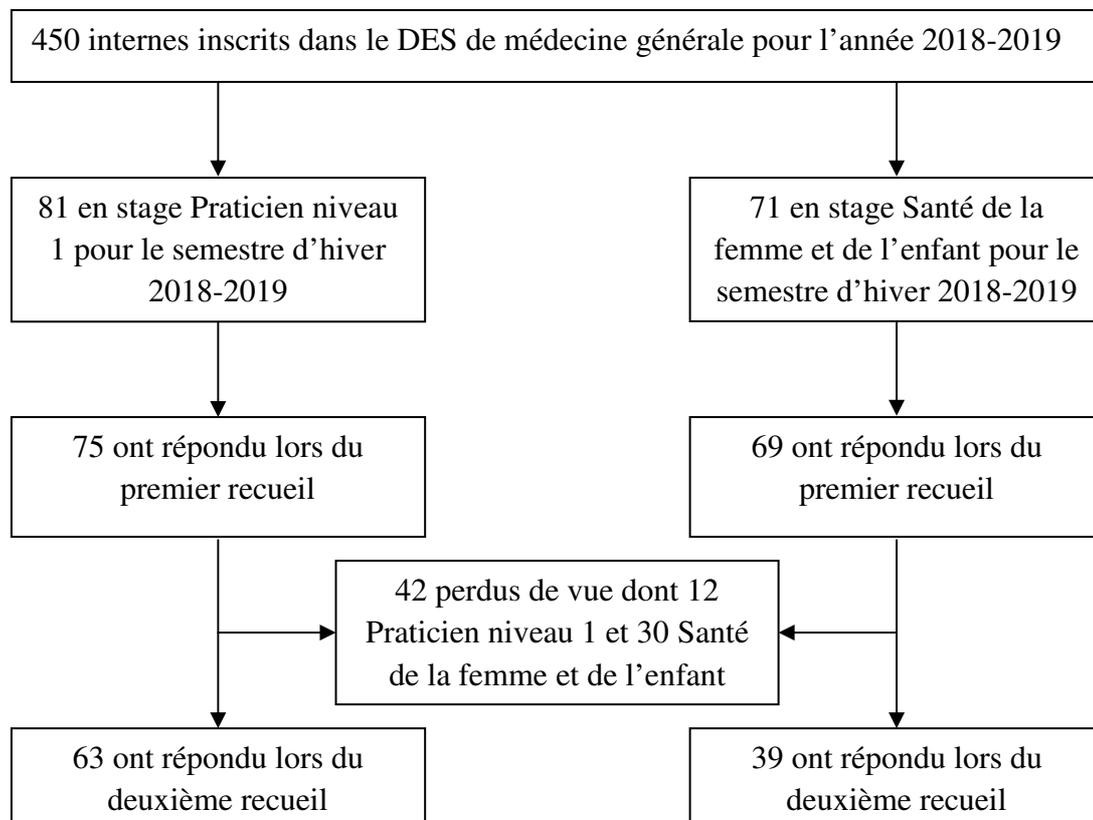


Figure 1 : Diagramme de flux

Les internes perdus de vue n'avaient pas de réponses statistiquement différentes avec les internes appariés lors de l'évaluation du début de semestre. La moyenne obtenue au PRU par les internes appariés était de 3,29 (+/- 0,12) points et de 3,35 (+/- 0,19) points par les internes perdus de vue par la suite, au début du semestre ($p=0,61$). Il en était de même pour les 4 dimensions présentes dans le questionnaire.

3.2. Évolution du ressenti vis-à-vis de l'incertitude

3.2.1. Évolution en fonction du stage

3.2.1.1. Évolution chez les internes en stage « Praticien niveau 1 »

Le score moyen obtenu au PRU par les internes en stage « Praticien niveau 1 » (PN1) diminuait de 0,34 (+/- 0,17) points (-10 %) ($p < 0,001$). Au début du stage, il était de 3,37 (+/- 0,17) points contre 3,03 (+/- 0,17) points à la fin du stage.

L'anxiété liée à l'incertitude diminuait de 0,45 (+/- 0,27) points (-10 %) ($p < 0,001$). Elle obtenait une moyenne de 4,33 (+/- 0,28) points en début de semestre contre 3,88 (+/- 0,26) points à la fin du semestre.

L'inquiétude quant aux conséquences négatives diminuait de 0,24 (+/- 0,28) points (-6 %) ($p = 0,083$). Elle était évaluée en moyenne à 3,47 (+/- 0,29) points en début de semestre contre 3,23 (+/- 0,30) points à la fin du semestre.

La réticence à révéler l'incertitude au patient diminuait de 0,35 (+/- 0,22) points (-12 %) ($p = 0,008$). Elle était mesurée avec un score initial de 2,89 (+/- 0,17) points contre 2,54 (+/- 0,22) points à la fin du semestre.

La réticence à parler de ses erreurs aux confrères diminuait de 0,22 (+/- 0,27) points (-11 %) ($p = 0,09$). Elle obtenait un score de 2,04 (+/- 0,24) points en début de semestre contre 1,83 (+/- 0,24) points à la fin du semestre.

3.2.1.2. Évolution chez les internes en stage « Santé de la femme et de l'enfant »

Le score moyen obtenu au PRU par les internes en stage « Santé de la femme et de l'enfant » (SFE) diminuait de 0,19 (+/- 0,17) points (-6 %) ($p = 0,046$). Il était de 3,16 (+/- 0,23) points au début du semestre contre 2,97 (+/- 0,22) points à la fin du stage.

L'anxiété liée à l'incertitude diminuait de 0,55 (+/- 0,26) points (-14 %) ($p < 0,001$). Elle était de 4,02 (+/- 0,35) points au début du semestre contre 3,47 (+/- 0,28) points à la fin du semestre.

L'inquiétude quant aux conséquences négatives diminuait de 0,14 (+/- 0,28) points (-4 %) ($p = 0,18$). Elle était évaluée à 3,40 (+/- 0,36) points en début de semestre contre 3,26 (+/- 0,35) points à la fin du semestre.

La réticence à révéler l'incertitude au patient était stable avec une augmentation de 0,06 (+/- 0,26) points (+2 %) ($p = 0,50$). Elle était mesurée avec un score initial de 2,67 (+/- 0,31) points contre 2,73 (+/- 0,28) points à la fin du semestre.

La réticence à parler de ses erreurs aux confrères était stable avec une diminution de 0,01 (+/- 0,24) points (- 0,5 %) (p=0,89). Elle obtenait un score de 1,87 (+/- 0,26) points au début du semestre contre 1,86 (+/- 0,34) points à la fin du semestre.

3.2.1.3. Comparaison entre les deux types de stage

Au début du stage, il n’y avait pas de différence significative entre les internes en stage « PN1 » et SFE » concernant le PRU (p=0,14). Aucune différence n’était observée concernant les 4 dimensions. Pourtant, le type de stage influençait l’évolution de la réticence à révéler l’incertitude au patient qui s’améliorait chez les internes en stage « PN1» mais qui semblait être stable chez les internes en stage « SFE». Ce résultat était statistiquement significatif (p=0,02). La réticence à parler de ses erreurs aux confrères diminuait légèrement chez les internes en stage « PN1» alors qu’elle était stable chez les internes en stage « SFE». Ce résultat n’était pas statistiquement significatif (p=0,27). (Figure 2)

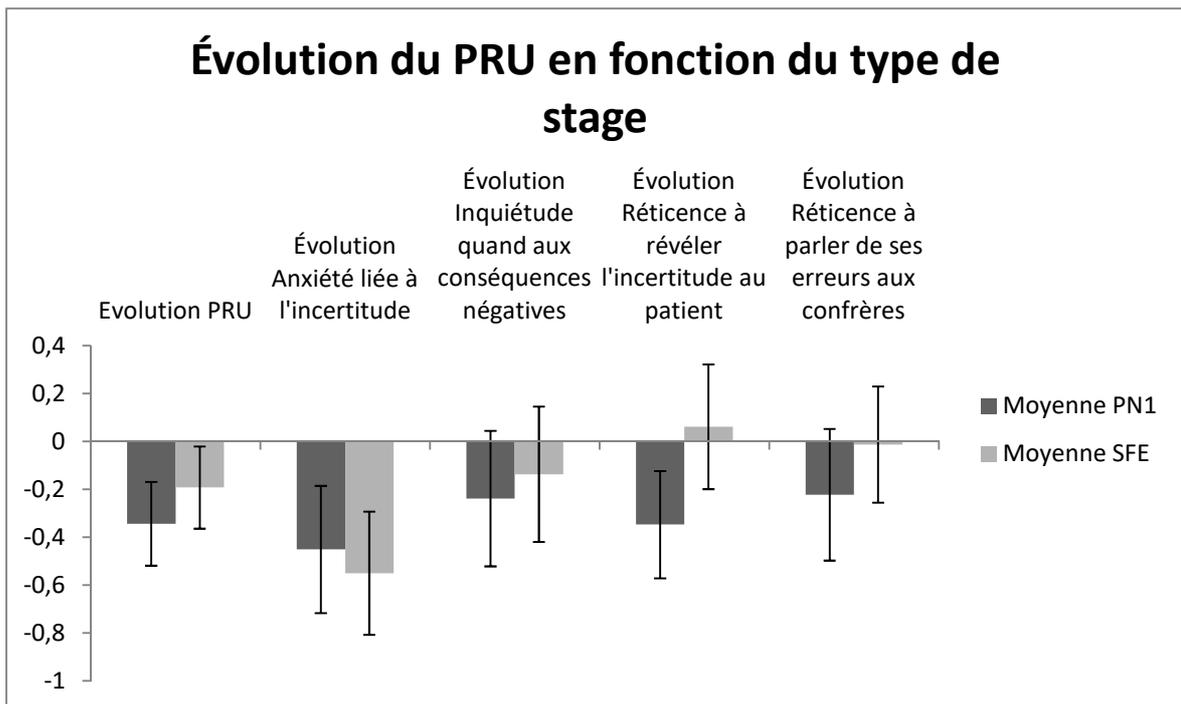


Figure 2 : Évolution du PRU en fonction du type de stage : Praticien niveau 1 (PN1) et Santé de la femme et de l’enfant (SFE)

3.2.2. Évolution globale

Il existait une corrélation importante entre l'évolution de chaque dimension. **Chacune était corrélée avec les autres à l'exception de « l'anxiété liée à l'incertitude » qui n'est pas corrélée avec « la réticence à parler de ses erreurs aux confrères ».**

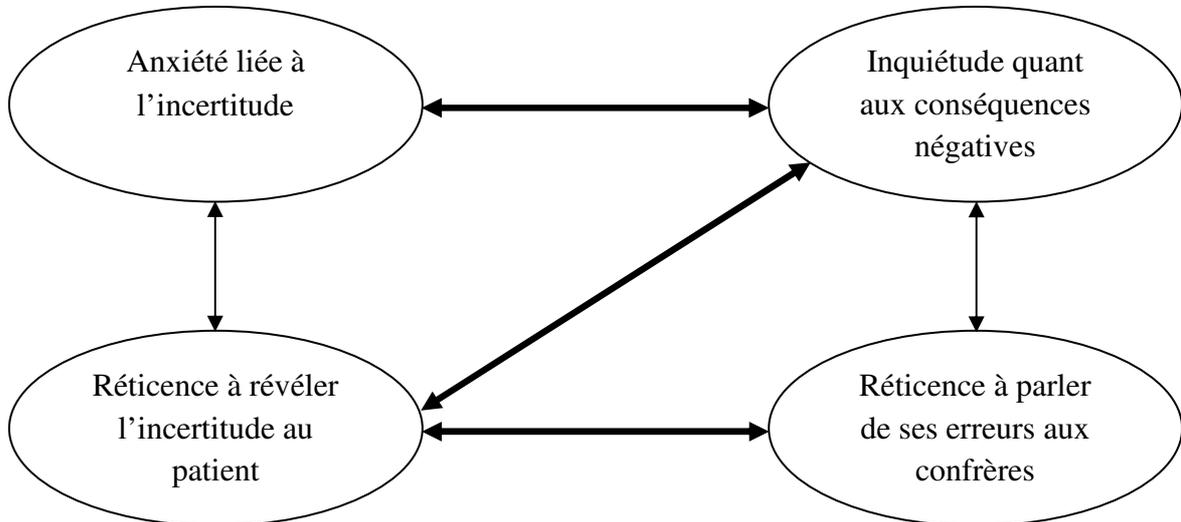


Figure 3 : Corrélations entre les différentes dimensions (gras, $p < 0,01$; simple, $p < 0,05$)

L'évolution du ressenti vis-à-vis de l'incertitude chez les deux groupes d'internes confondus était en légère amélioration sur un semestre avec une diminution du score au PRU de 0,29 (+/- 0,12) points en moyenne sur une échelle allant de 1 à 6, soit une diminution de 8,8 % ($p < 0,001$). L'anxiété liée à l'incertitude était le score le plus amélioré avec une diminution de 0,49 (+/- 0,18) points, soit de 12 % ($p < 0,001$). L'inquiétude quant aux conséquences négatives était diminuée de 0,20 (+/- 0,23) points, soit de 5,8 % ($p = 0,029$). La réticence à révéler l'incertitude au patient était diminuée de 0,19 (+/- 0,15) points, soit de 6,8 % ($p = 0,058$). La réticence à faire part de ses erreurs aux confrères était quant à elle diminuée 0,14 (+/- 0,22) points, soit de 7 % ($p = 0,093$).

L'évolution en fonction du score de départ (faible si inférieur à 2, moyen si compris entre 2 et 4 et élevé si compris entre 4 et 6) montrait une amélioration du ressenti chez les internes qui avaient un score élevé ou moyen au départ alors qu'une dégradation de ce ressenti était retrouvée chez les internes qui avaient un score faible au départ. Ceci était plus marqué dans les dimensions concernant l'anxiété liée à l'incertitude et la réticence à révéler l'incertitude au patient (Figures 2 et 3). Ce résultat était également plus marqué chez les internes en stage « PN1 ».

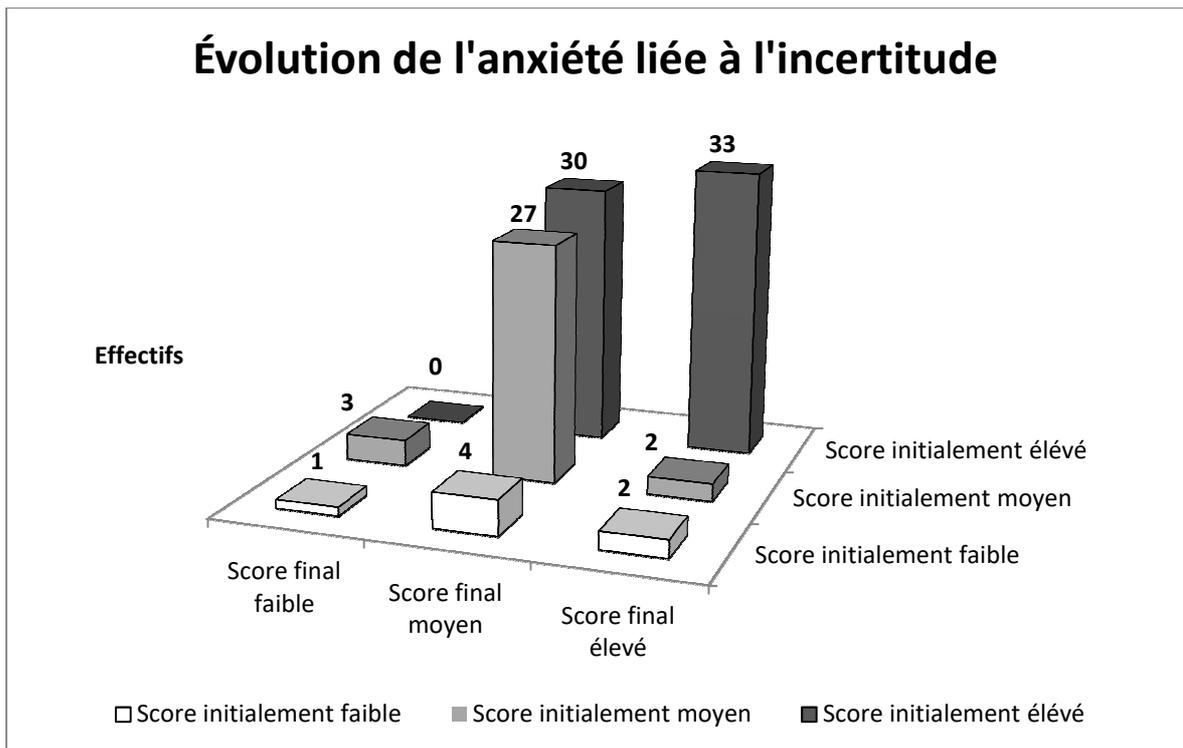


Figure 4 : Évolution de l'anxiété liée à l'incertitude

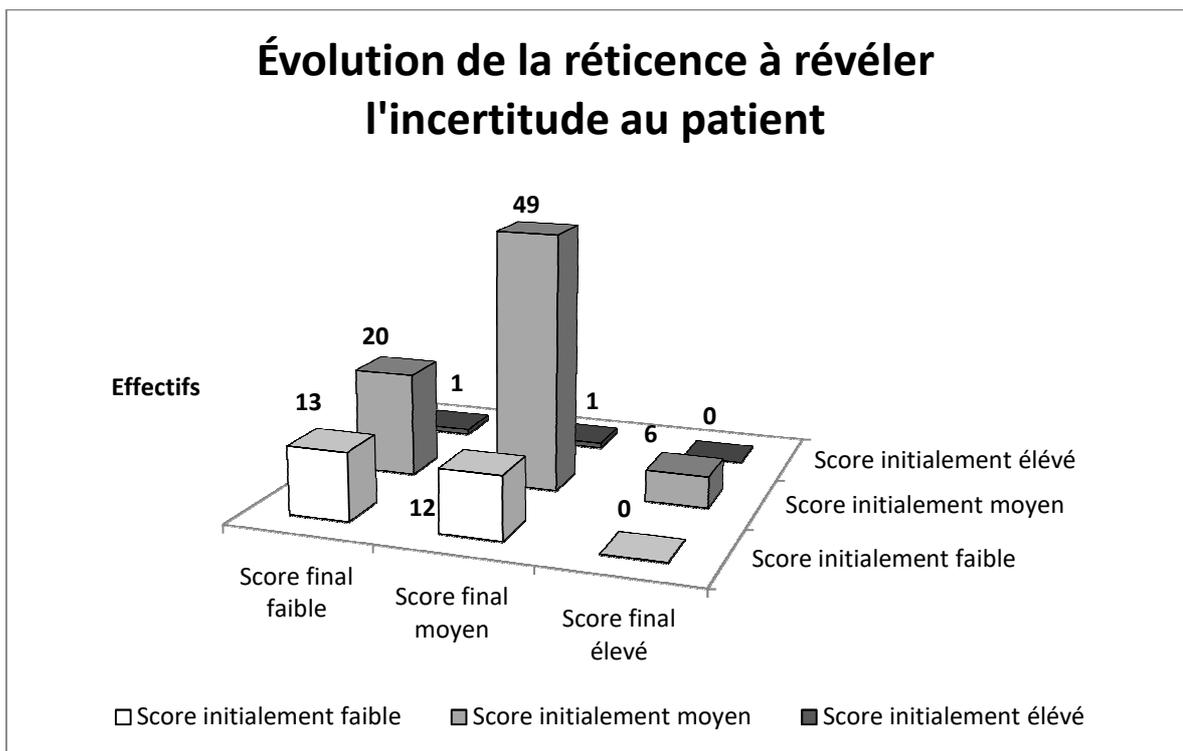


Figure 5 : Évolution de la réticence à révéler l'incertitude au patient

3.2.3. Évolution en fonction du sexe

Le sexe influençait peu l'évolution du ressenti vis-à-vis de l'incertitude (Figure 5). L'inquiétude quant aux conséquences négatives était légèrement plus améliorée chez les hommes (-0,39 (+/- 0,39) points) par rapport aux femmes (-0,12 (+/- 0,24) points) mais ceci de manière non significative ($p=0,25$). Cette évolution est d'autant plus marquée qu'au début du semestre l'inquiétude quant aux conséquences négatives était plus faible chez les hommes (2,99 (+/- 0,44) points) que chez les femmes (3,63 (+/- 0,25) points) ($p=0,02$).

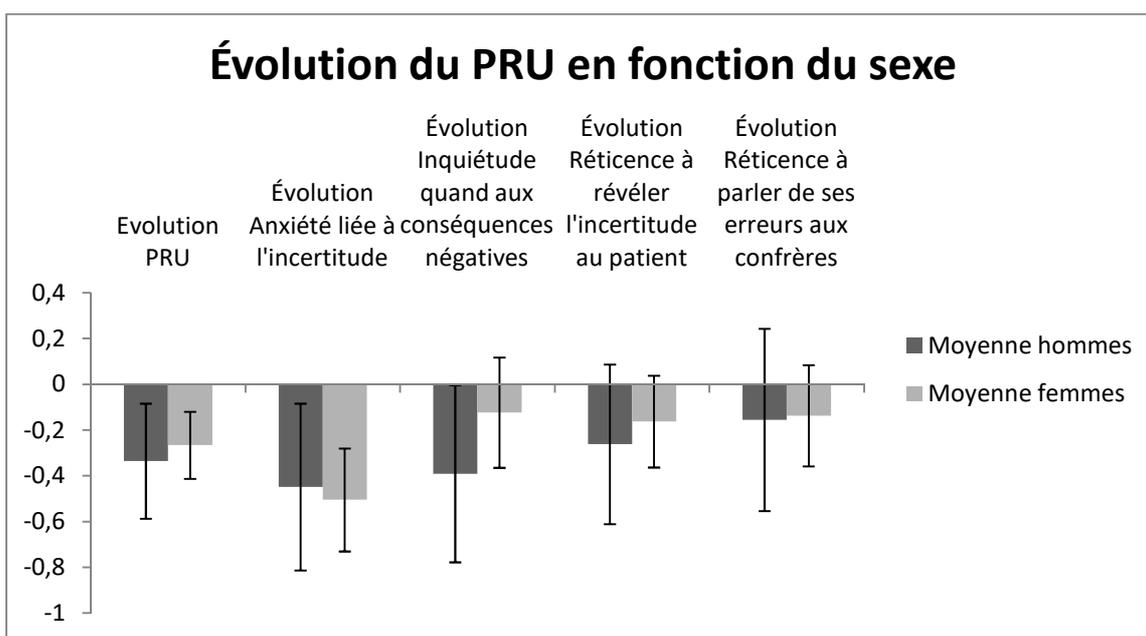


Figure 6 : Évolution du PRU en fonction du sexe

3.2.4. Autres paramètres pouvant influencer l'évolution

Le classement à l'ECN ne semblait pas influencer l'évolution du ressenti vis-à-vis de l'incertitude et ceci quelle que soit la dimension étudiée. Celle-ci n'était pas influencée par l'âge des internes.

L'influence de la présence en stage pendant l'externat n'a pu être évaluée du fait du fort taux de présence en stage déclaré par les internes. 94 % des internes ont déclaré être présents en stage très régulièrement.

De même, l'influence de la satisfaction en tant qu'interne de médecine générale n'a pu être étudiée du fait du fort taux de satisfaction déclaré par les internes. 99 % des internes ont ainsi déclaré être satisfaits par leur choix pour la médecine générale.

4. Discussion

4.1. Résultats principaux

Le ressenti vis-à-vis de l'incertitude s'améliorait au cours d'un semestre chez les internes en stage « Praticien niveau 1 » (PN1) et « Santé de la femme et de l'enfant » (SFE). Il s'améliorait de façon globale. L'anxiété liée à l'incertitude, l'inquiétude quant aux conséquences négatives, la réticence à révéler l'incertitude au patient et la réticence à faire part de ses erreurs aux confrères s'améliorait chez les internes en stage « PN1 ». Ces dimensions s'améliorait également chez les internes en stage « SFE » à l'exception de la réticence à révéler l'incertitude au patient et de la réticence à parler de ses erreurs aux confrères qui restaient stable. L'analyse plus précise de l'évolution de ce ressenti montrait une amélioration chez les internes qui toléraient mal l'incertitude au départ mais une détérioration de ce ressenti chez les internes qui semblaient tolérer l'incertitude au départ. Le sexe influençait peu l'évolution de ce ressenti, à l'exception de l'inquiétude quant aux conséquences négatives qui semblait être plus améliorée chez les hommes que chez les femmes. Le classement à l'ECN ne semblait pas influencer l'évolution de ce ressenti.

4.2. Discussion avec la littérature

L'évolution globale du ressenti vis-à-vis de l'incertitude était en amélioration au cours d'un semestre chez les internes en stage « Praticien niveau 1 » et « Santé de la femme et de l'enfant ».

Ce résultat peut être expliqué en partie par l'expérience acquise par les internes au cours d'un semestre, qui leur permet de mieux appréhender l'incertitude. En effet, l'expérience est un facteur qui est corrélé à une meilleure tolérance à l'incertitude.(12,13) Contrairement à l'étude menée par Nevalainen en 2014 (13), où les praticiens étaient considérés comme expérimentés après 5 ans d'expérience, l'expérience acquise par les internes au cours de notre étude a été évaluée à moins de 6 mois de pratique. Ceci peut expliquer l'amélioration limitée du ressenti vis-à-vis de l'incertitude. L'enseignement apporté au cours du semestre tant théorique que pratique peut être un élément favorisant l'amélioration de ce ressenti. Le début de stage, période de changement, est un élément pouvant favoriser une moins bonne tolérance à l'incertitude. Ceci peut également expliquer l'amélioration en fin de stage.

L'analyse plus détaillée montrait une amélioration de ce ressenti chez les internes qui toléraient moins bien l'incertitude au début de l'étude. Au contraire, les internes qui avaient un ressenti plus positif au départ se retrouvaient plus en difficulté à la fin du semestre.

Ce résultat illustre la délicate question du ressenti face à l'incertitude qui peut fluctuer grandement d'un individu à un autre et d'un moment à un autre. En effet, les internes qui pensaient tolérer l'incertitude au début du semestre ont pu se trouver déstabilisés au cours du semestre suite à diverses situations rencontrées et donc arriver à une moins bonne tolérance à l'incertitude, surtout chez les internes de premier semestre qui découvrent pour la plupart le métier de médecin généraliste. La formation et la prise de conscience de l'incertitude peut déstabiliser les internes. L'étudiant en médecine en deuxième cycle apprend pendant des années à faire des diagnostics précis en fonction des différents signes cliniques présentés par le malade. Il acquiert un savoir. Lors du troisième cycle, il doit mobiliser son savoir pour développer son savoir être et son savoir faire. La confrontation à la réalité est parfois difficile devant l'incertitude diagnostique qui prend une place importante en médecine générale. Il doit faire face à une organisation différente, l'organisation d'une consultation est différente de celle d'une hospitalisation avec une durée plus courte et un accès à des examens complémentaires plus limité. Il doit également faire face à une autonomisation progressive et se retrouve donc parfois en autonomie dans la prise de décision et la découverte de l'incertitude. Il se retrouve alors déstabilisé avec une impression d'échec, de peur qui peut le conduire à faire des choix inadaptés.(5)

L'anxiété face à l'incertitude était la dimension la plus grandement améliorée.

L'incertitude peut être source d'anxiété. C'est le cas de 60 % des internes interrogés en Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS) dans l'ex région Midi-Pyrénées en 2016.(23) Les internes interrogés dans notre étude sont à un stade plus précoce de leur formation. Il est donc intéressant de constater qu'une réduction de cette anxiété est possible dès les premiers semestres d'internat. La participation à des groupes de pairs est un facteur permettant de diminuer l'anxiété liée à l'incertitude.(12) La participation aux Groupes d'Échanges de Pratiques (GEP) et aux Groupes Tutorés Thématiques (GTT) a pu permettre cette diminution chez les internes interrogés. L'anxiété et l'intolérance liées à l'incertitude sont associées à une moins bonne satisfaction personnelle au travail.(19,29) Réduire l'anxiété permettrait un épanouissement professionnel plus important chez les internes même si ceux-ci se déclarent satisfaits de leur choix pour la médecine générale.

L'inquiétude quant aux conséquences négatives semblait s'être améliorée au cours du semestre.

La peur d'une erreur qui pourrait avoir des conséquences graves, voire un retentissement médico-légal est une notion présente chez les médecins mais également chez les internes.(6) Dans une société où l'erreur n'est pas permise, où l'on demande au médecin de résoudre des problèmes « non-médicaux » (5), il est difficile de ne pas penser aux conséquences de chacun de nos actes et de ne pas en avoir peur. Les attentes de la part de la médecine sont très grandes aujourd'hui mais il est important de savoir prendre la distance nécessaire pour que cette peur ne soit pas paralysante.

L'amélioration de la réticence à révéler l'incertitude au patient était présente chez les internes en stage « Praticien niveau 1 » mais absente chez les internes en stage « Santé de la femme et de l'enfant ».

Révéler l'incertitude au patient interfère dans la relation médecin / patient. On peut donc émettre l'hypothèse que certains sont réticents à révéler l'incertitude au patient de peur d'une dégradation de leur relation avec lui. Révéler l'incertitude au patient, qu'elle soit verbale ou non-verbale, peut conduire à une moins bonne satisfaction de la part du patient. (30) Elle peut également amener à une détérioration de sa relation avec lui selon certains auteurs notamment chez les patients jeunes, avec un faible niveau socioculturel et qui connaissent leur médecin généraliste depuis peu de temps. Cependant, révéler certains types d'incertitude peut avoir un impact positif sur la relation entre le médecin et son patient. Ces types d'incertitude dépendent du patient, de sa personnalité et de son vécu.(31) Une étude a montré que les médecins exprimaient leur incertitude envers le patient dans 71 % des consultations. Les médecins qui expriment le plus leur incertitude envers le patient ont souvent un discours plus positif et partagent plus d'informations avec le patient.(32) Révéler l'incertitude au patient est donc une notion qui n'est pas admise par tous, ce qui peut expliquer les différences de réponses exprimées par les internes et les variations qui existent entre les internes en stage « Praticien niveau 1 » et « Santé de la femme et de l'enfant ». Cette différence entre les stages est-elle liée au stage en lui-même ou peut-elle être liée à l'expérience d'une année qui sépare ces 2 groupes d'internes ?

La réticence à parler de ses erreurs aux confrères diminuait peu au cours du semestre.

Ceci montre la difficulté pour les internes à partager ses doutes face au patient ou face à ses confrères. Faire part de ses doutes a longtemps été considéré comme une faiblesse et un échec dans l'enseignement traditionnel.(5) Cette dimension est celle dont l'amélioration est la plus faible en termes de score. Cependant, le score initial est faible concernant cette dimension, ce qui laisse peu de place à une grande amélioration. L'âge est un facteur corrélé à la réticence à parler de ses erreurs aux confrères. En effet, les internes plus âgés sont moins réticents à révéler leurs erreurs aux confrères, d'après Sandid.(22) Dans notre étude, l'âge ne semble pas influencer l'évolution de cette réticence. Les internes répondants ont sensiblement le même âge, ce qui rend difficile de les distinguer selon leur âge.

Le sexe influençait peu l'évolution du ressenti vis-à-vis de l'incertitude excepté l'évolution de l'inquiétude quant aux conséquences négatives qui semblait plus favorable chez les hommes que chez les femmes. Cette amélioration est d'autant plus importante que les hommes étaient moins inquiets face aux conséquences négatives que les femmes au début du semestre.

Dans la littérature, le sexe est un facteur de tolérance à l'incertitude. Les femmes tolèrent moins bien l'incertitude que les hommes. Les internes femmes sont plus anxieuses face à l'incertitude. Elles sont également plus inquiètes quant aux conséquences négatives.(22,29) Ce résultat concernant l'anxiété n'est pas retrouvé dans l'évolution du ressenti au cours d'un semestre chez les internes en stage « Praticien niveau 1 » et « Santé de la femme et de l'enfant ».

4.3. Forces et limites

Cette étude était une étude originale de par le fait qu'elle évaluait l'évolution du ressenti vis-à-vis de l'incertitude au cours d'un semestre chez les internes et non pas une évaluation à un instant donné. L'évaluation était effectuée à l'aide d'un questionnaire validé en français : le PRU. Ce questionnaire était jusque là peu utilisé dans les études en français et à notre connaissance, il n'a pas été utilisé pour mesurer une évolution.

Le recueil de données montrait un taux important de participation au début du semestre. Le taux de participation à la fin du semestre était plus faible avec des perdus de vue plus importants chez les internes en stage « Santé de la femme et de l'enfant ». Ce résultat était dû au mode de recueil à la fin du semestre. Les internes sollicités le jour du choix de leur stage n'ont pas eu de moment dédié spécifiquement au remplissage du questionnaire, ce qui explique probablement le plus faible nombre de réponses pour ce groupe. Le nombre d'internes dont les questionnaires de début et de fin de semestre qui ont pu être appariés restait cependant convenable. Lors de l'évaluation du début de semestre, le ressenti des internes perdus de vue à la fin du semestre était similaire à celui des internes ayant pu être appariés à la fin du semestre. Cependant, nous n'avons pas de notion sur leur évolution qui peut être différente de celle des internes ayant répondu au questionnaire à la fin du semestre.

L'amélioration du ressenti global vis-à-vis de l'incertitude chez les internes en stage « Praticien niveau 1 » et « Santé de la femme et de l'enfant » était peu importante. Nous pouvons donc poser la question d'un biais de mesure avec l'utilisation du PRU. Ce questionnaire est-il adapté pour mesurer cette évolution ?

4.4. Perspectives

Ces résultats suggéraient une amélioration globale du ressenti vis-à-vis de l'incertitude chez les internes en stage « Praticien niveau 1 » et « Santé de la femme et de l'enfant ». Cette amélioration peut être expliquée en partie par la formation. La formation pratique plonge les internes au cœur de la médecine générale et leur permet d'être confrontés à l'incertitude tout en ayant un encadrement par les maîtres de stage. Cependant, au vu de la faible évolution du ressenti vis-à-vis de l'incertitude chez les internes, plusieurs hypothèses peuvent être formulées.

Cette formation est-elle suffisante ? Y-a-t-il un intérêt à organiser un enseignement théorique en complément de la formation pratique pour aider les internes à mieux appréhender l'incertitude ? Quelques pistes ont été évoquées afin d'aider les internes à mieux tolérer l'incertitude notamment avec une approche qui se préoccupe davantage des émotions des étudiants ressenties au cours des consultations. Mettre en lumière les particularités des situations cliniques avec les internes peuvent aussi permettre d'identifier les éléments sources d'incertitude pour mieux les tolérer. L'absence de diagnostic précis est courante et déstabilisante pour les internes. Leur apprendre à conclure une consultation avec une synthèse claire sans émettre un diagnostic précis est un élément essentiel.(5) La concertation avec le patient permet de partager avec lui ses doutes et de lui apporter des informations sans pour autant avoir de choses précises à lui annoncer. Cette compétence doit être transmise aux internes.(27) Des groupes de discussion entre internes, à l'image des GEP et GTT, dans lesquels ils pourraient partager l'anxiété, la frustration et la désillusion ressenties dans des situations d'incertitude, semblent être un outil intéressant pour mieux appréhender l'incertitude. Des écrits cliniques à l'image des récits de situations complexes et authentiques (RSCA) peuvent également être un moyen pour l'interne de prendre conscience de la notion d'incertitude.(15) Il paraît nécessaire d'inclure la formation à l'incertitude en médecine générale dans le cursus de l'interne, adaptée à son niveau initial de tolérance à l'incertitude. Il serait intéressant de repérer les internes qui présentent des difficultés dans la tolérance à l'incertitude.

Le questionnaire utilisé est-il pertinent ? Le PRU pourrait-il être un outil adapté dans le repérage des étudiants en difficulté ? Peut-il être également un outil pour sensibiliser les internes à la notion d'incertitude ?

Les maîtres de stage universitaires (MSU) sont-ils suffisamment sensibilisés à l'enseignement de l'incertitude ? La tolérance à l'incertitude est parfois difficile chez les internes mais aussi chez des médecins plus expérimentés même si elle est en moyenne mieux tolérée.(13) Ces médecins peuvent eux-mêmes avoir des difficultés à tolérer l'incertitude. Même si cette tolérance est bonne, la difficulté pour eux peut se trouver dans l'enseignement relatif à l'incertitude, la transmission de ce savoir. Une formation dédiée pour les maîtres de stage paraît être également une idée à développer, telle que proposée actuellement pour les nouveaux MSU lors du diplôme universitaire « Formation à la maîtrise de stage ».

L'amélioration du ressenti vis-à-vis de l'incertitude a été retrouvée chez les internes en stage « Praticien niveau 1 » et « Santé de la femme et de l'enfant ». Ce résultat est-il pour autant généralisable à l'ensemble des internes ? Une étude similaire menée sur les 3 ans que compte la durée de l'internat de médecine générale avec une évaluation du ressenti tous les semestres pourrait permettre de mesurer l'évolution du ressenti sur une période plus longue mais également de voir si le type de stage a un réel impact chaque semestre sur cette évolution.

5. Conclusion

L'incertitude est inhérente à notre pratique clinique. Il en existe plusieurs types : diagnostique, thérapeutique et relationnelle avec pour chacun plusieurs niveaux. En médecine générale, elle prend une place particulière du fait de la diversité des situations rencontrées et de la situation de premier recours. Les internes de médecine générale sont confrontés à l'incertitude dès leurs premiers stages. Plusieurs facteurs influencent leur tolérance et leur ressenti vis-à-vis de l'incertitude. La formation dans le D.E.S. à Toulouse prévoit comme objectif en fin de troisième année d'être capable de gérer l'incertitude d'une situation clinique rencontrée.

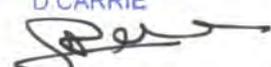
L'objectif de ce travail était d'évaluer l'évolution du ressenti vis-à-vis de l'incertitude au cours d'un semestre chez les internes en stage « Praticien niveau 1 » et « Santé de la femme et de l'enfant ».

Les internes en stage « Praticien niveau 1 » et « Santé de la femme et de l'enfant » avaient un ressenti plus positif vis-à-vis de l'incertitude à la suite d'un semestre de formation pratique et théorique. Cependant, cette amélioration était limitée. Les internes qui avaient des difficultés à tolérer l'incertitude au début du semestre avaient une meilleure tolérance à la fin du semestre. À l'inverse, ceux qui la toléraient au début du semestre, montraient une moins bonne tolérance à la fin du semestre. Le type de stage influençait la réticence à révéler l'incertitude au patient qui était améliorée chez les internes en stage « Praticien niveau 1 » alors qu'il n'y avait pas d'amélioration chez les internes en stage « Santé de la femme et de l'enfant ». Le sexe influençait peu l'évolution du ressenti vis-à-vis de l'incertitude, à l'exception de l'inquiétude quant aux conséquences négatives qui semblait s'améliorer à la fin du semestre de façon plus importante chez les hommes alors que cette inquiétude était déjà plus faible chez les hommes au début du semestre.

Au vu de la faible évolution de ce ressenti, une amélioration de cet accompagnement paraît nécessaire. L'enseignement théorique pourrait être un complément à l'enseignement pratique pour aider les internes à mieux tolérer l'incertitude. Des travaux de recherche plus approfondis afin d'aider les internes en difficulté seraient nécessaires.

Vu
Toulouse le 4 juin 2019


Le Président du Jury
Professeur Pierre MESTHÉ
Médecine Générale

Toulouse, le 4 juin 2019
Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
D. CARRIE


6. Bibliographie

1. CNRTL. Incertitude : Définition de incertitude [Internet]. Ortolang. [cité 1 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.cnrtl.fr/definition/incertitude>
2. Ministère de l'écologie, de l'énergie, du développement durable et de la mer, En charge des Technologies vertes et des Négociations sur le climat. La décision publique face à l'incertitude [Internet]. 2010 [cité 1 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.ecologique-solidaire.gouv.fr/sites/default/files/PPP%20avis%20201003.pdf>
3. Mishel MH. Uncertainty in illness. *J Nurs Scholarsh*. 1988;20(4):225-32.
4. Politi MC, Han PKJ, Col NF. Communicating the uncertainty of harms and benefits of medical interventions. *Med Decis Mak Int J Soc Med Decis Mak*. oct 2007;27(5):681-95.
5. Chouilly J, Ferru P, Jouteau D, Kandel O. Pour un retour au raisonnement clinique ou comment apprivoiser l'incertitude diagnostique. Global Média Santé édition. 2019. 195 p. (Le plaisir de comprendre).
6. Lorenzo M. Tolérance à l'incertitude en médecine générale: une démarche de théorisation ancrée à partir de 14 entretiens [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Strasbourg. Faculté de médecine; 2013.
7. Duhot D, Kandel O, Boisnault P, Hebbrecht G, Arnould M. L'Observatoire de la Médecine Générale Un réseau et une base de données au service de la médecine générale en France. *Prim Care*. 2009;9(2):41-5.
8. Clerc P, Martinez L, Morel F, Lecomte M. Annuaire Statistique 94/95 de l'OMG. Documents de recherches en médecine générale. Société Fr Médecine Générale. (52):1-36.
9. Bhise V, Rajan SS, Sittig DF, Morgan RO, Chaudhary P, Singh H. Defining and Measuring Diagnostic Uncertainty in Medicine: A Systematic Review. *J Gen Intern Med*. janv 2018;33(1):103-15.
10. Fox RC. The evolution of medical uncertainty. *Milbank Mem Fund Q Health Soc*. 1980;58(1):1-49.
11. Bloy G. L'incertitude en médecine générale : sources, formes et accommodements possibles. *Sci Soc Santé*. 2008;26(1):67-91.
12. Pince M. Gestion de l'incertitude en médecine générale: étude quantitative en Corrèze [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Limoges. Faculté de médecine et de pharmacie; 2013.
13. Nevalainen M, Kuikka L, Pitkälä K. Medical errors and uncertainty in primary healthcare: a comparative study of coping strategies among young and experienced GPs. *Scand J Prim Health Care*. juin 2014;32(2):84-9.

14. Evans L, Trotter DRM. Epistemology and uncertainty in primary care: an exploratory study. *Fam Med.* mai 2009;41(5):319-26.
15. Luther VP, Crandall SJ. Ambiguity and uncertainty: neglected elements of medical education curricula? *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* juill 2011;86(7):799-800.
16. Alam R, Cheraghi-Sohi S, Panagioti M, Esmail A, Campbell S, Panagopoulou E. Managing diagnostic uncertainty in primary care: a systematic critical review. *BMC Fam Pract.* 7 août 2017;18(1):79.
17. Coppens M, Barraine P, Barais M, Nabbe P, Berkhout C, Stolper E, et al. L'intuition en médecine générale : validation française du consensus néerlandais « gut feelings ». *Exerc Rev Fr Médecine Générale.* 2011;22(95):16-20.
18. O'Riordan M, Dahinden A, Aktürk Z, Ortiz JMB, Dağdeviren N, Elwyn G, et al. Dealing with uncertainty in general practice: an essential skill for the general practitioner. *Qual Prim Care.* 2011;19(3):175-81.
19. Cooke GPE, Doust JA, Steele MC. A survey of resilience, burnout, and tolerance of uncertainty in Australian general practice registrars. *BMC Med Educ.* 7 janv 2013;13:2.
20. Kennedy AG. Managing uncertainty in diagnostic practice. *J Eval Clin Pract.* oct 2017;23(5):959-63.
21. Berner ES, Graber ML. Overconfidence as a cause of diagnostic error in medicine. *Am J Med.* mai 2008;121(5 Suppl):S2-23.
22. Sandid K. Déterminants des réactions face à l'incertitude des internes de médecine générale en France: l'étude DERFI-IMG [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2016.
23. Bettés M. Étude de la tolérance à l'incertitude chez les internes en SASPAS de Midi-Pyrénées [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2017.
24. Nevalainen M, Kuikka L, Sjoberg L, Eriksson J, Pitkala K. Tolerance of uncertainty and fears of making mistakes among fifth-year medical students. *Fam Med.* avr 2012;44(4):240-6.
25. Ledford CJW, Seehusen DA, Chessman AW, Shokar NK. How we teach U.S. medical students to negotiate uncertainty in clinical care: a CERA study. *Fam Med.* janv 2015;47(1):31-6.
26. Le Roux V. Validation culturelle et psychométrique française du PRU Physicians' Reactions to Uncertainty scales, questionnaire américain de mesure des réactions affectives des médecins face à l'incertitude. [Brest]: Bretagne Occidentale; 2015.
27. Guenter D, Fowler N, Lee L. L'incertitude clinique. *Can Fam Physician.* janv 2011;57(1):123-5.

28. Gerrity MS, DeVellis RF, Earp JA. Physicians' reactions to uncertainty in patient care. A new measure and new insights. *Med Care.* août 1990;28(8):724-36.
29. Bovier PA, Perneger TV. Stress from uncertainty from graduation to retirement - A population-based study of Swiss physicians. *J Gen Intern Med.* mai 2007;22(5):632-8.
30. Johnson CG, Levenkron JC, Suchman AL, Manchester R. Does physician uncertainty affect patient satisfaction? *J Gen Intern Med.* avr 1988;3(2):144-9.
31. Ogden J, Fuks K, Gardner M, Johnson S, McLean M, Martin P, et al. Doctors expressions of uncertainty and patient confidence. *Patient Educ Couns.* nov 2002;48(2):171-6.
32. Gordon GH, Joos SK, Byrne J. Physician expressions of uncertainty during patient encounters. *Patient Educ Couns.* avr 2000;40(1):59-65.

7. Annexes

7.1. Annexe 1 : PRU : Physicians' Reactions to Uncertainty

Questionnaire destiné aux internes en stage

Praticien niveau 1 et Santé de la femme et de l'enfant uniquement

Dans le cadre de ma thèse concernant l'évolution du ressenti vis-à-vis de l'incertitude chez les internes en médecine générale pendant votre semestre, je vous propose le questionnaire suivant.

Toutes les réponses sont anonymes. Il n'y a aucun jugement suite à vos réponses données. Il n'existe pas de mauvaises réponses, seul votre ressenti compte. Merci de répondre à toutes les questions.

Un questionnaire similaire vous sera proposé à la fin du semestre. Le but de cette étude est de faire un état des lieux concernant l'évolution de votre perception de l'incertitude afin d'améliorer votre formation.

Merci pour vos réponses sincères ! En espérant vous retrouver aussi nombreux à la fin du semestre !
Marion Bergeaut

- Vous êtes :
 - Un homme
 - Une femme
- Votre date de naissance : **(jour/mois/année)**
... .. / /
- Votre classement à l'ECN :

Ces informations permettront de faire le lien entre le questionnaire de début de stage et de fin de stage mais il ne s'agit en aucun cas de faire un lien avec une liste nominative.

- Vous êtes en stage :
 - Praticien niveau 1
 - Santé de la femme et de l'enfant
- Durant votre externat, vous étiez présents dans vos terrains de stage tous les jours ou quasiment tous les jours.
 - Oui
 - Non
- Êtes-vous satisfait-e de votre choix pour la médecine générale ?
 - Oui
 - Non

Anxiété liée à l'incertitude

- En général, je suis anxieux·se si je ne suis pas sûr·e de mon diagnostic.

	1	2	3	4	5	6	
Pas du tout d'accord	<input type="radio"/>	Tout à fait d'accord					

- Dans la prise en charge du patient, je trouve l'incertitude déroutante.

	1	2	3	4	5	6	
Pas du tout d'accord	<input type="radio"/>	Tout à fait d'accord					

- Dans la prise en charge du patient, l'incertitude me met mal à l'aise.

	1	2	3	4	5	6	
Pas du tout d'accord	<input type="radio"/>	Tout à fait d'accord					

- Dans la prise en charge du patient, l'incertitude ne me dérange pas.

	1	2	3	4	5	6	
Pas du tout d'accord	<input type="radio"/>	Tout à fait d'accord					

- Dans la prise en charge du patient, l'incertitude me dérange souvent.

	1	2	3	4	5	6	
Pas du tout d'accord	<input type="radio"/>	Tout à fait d'accord					

Inquiétude quant aux conséquences négatives

- Lorsque je doute d'un diagnostic, j'imagine toutes sortes de scénarios catastrophes (décès du patient, procès...).

	1	2	3	4	5	6	
Pas du tout d'accord	<input type="radio"/>	Tout à fait d'accord					

- Je crains qu'on me reproche un manque de connaissances.

	1	2	3	4	5	6	
Pas du tout d'accord	<input type="radio"/>	Tout à fait d'accord					

- Lorsque je ne peux pas établir de diagnostic, je crains d'être accusé-e de faute professionnelle.

	1	2	3	4	5	6	
Pas du tout d'accord	<input type="radio"/>	Tout à fait d'accord					

Réticence à révéler l'incertitude au patient

- Un médecin qui a des doutes sur le diagnostic devrait en faire part au patient.

	1	2	3	4	5	6	
Pas du tout d'accord	<input type="radio"/>	Tout à fait d'accord					

- Je fais toujours part aux patients de mes doutes.

	1	2	3	4	5	6	
Pas du tout d'accord	<input type="radio"/>	Tout à fait d'accord					

- Si je faisais part à mes patients de tous mes doutes, je perdrais leur confiance.

	1	2	3	4	5	6	
Pas du tout d'accord	<input type="radio"/>	Tout à fait d'accord					

- Faire part de mes doutes améliore ma relation aux patients.

	1	2	3	4	5	6	
Pas du tout d'accord	<input type="radio"/>	Tout à fait d'accord					

- Quand j'ai un doute sur le traitement à prescrire, je ne souhaite pas que mes patients le sachent.

	1	2	3	4	5	6	
Pas du tout d'accord	<input type="radio"/>	Tout à fait d'accord					

Réticence à parler de ses erreurs aux confrères

- Je ne parle presque jamais à mes confrères de mes erreurs diagnostiques.

	1	2	3	4	5	6	
Pas du tout d'accord	<input type="radio"/>	Tout à fait d'accord					

- Je ne parle jamais à mes confrères de mes erreurs de prise en charge.

	1	2	3	4	5	6	
Pas du tout d'accord	<input type="radio"/>	Tout à fait d'accord					

Merci pour vos réponses !

7.2. Annexe 2 : Coefficients α de Cronbach relatifs aux différentes dimensions étudiées

Coefficients α de Cronbach

	Recueil de début de semestre	Recueil de fin de semestre
Anxiété liée à l'incertitude	0,91	0,85
Inquiétude quant aux conséquences négatives	0,71	0,75
Réticence à révéler l'incertitude au patient	0,63	0,76
Réticence à parler de ses erreurs aux confrères	0,86	0,86

Feeling's evolution towards uncertainty during one ambulatory semester among residents in general practice in Toulouse

Background: Uncertainty is inherent to physicians' practice in primary care. The managing of uncertainty is one of the aims of the residency in general practice. Uncertainty is sometimes difficult to accept and can cause a great deal of anxiety.

Objective: To measure feeling's evolution towards uncertainty among residents in general practice in ambulatory internship "First level ambulatory" and "Woman and child health" during one semester.

Methods: Population studying was residents in ambulatory internship "First level ambulatory" and "Woman and child health" during November 2018 to April 2019 internship in Toulouse. Feeling's evolution was measured by means of a validated questionnaire: *Physicians' Reactions to Uncertainty*.

Results: Participation rate after matching was 67%. The feeling towards uncertainty was significantly improved among "First level ambulatory" and "Woman and child health" residents. This improvement remained limited. Anxiety was dimension in which improvement was the most important in the two residents' groups. Reluctance to disclose uncertainty to patients was improved among "First level ambulatory" residents but remained stable among "Woman and child health" residents. Gender had little effect on feeling's evolution towards uncertainty, excepted concern about bad outcomes which seemed to be more improved among men.

Conclusion: In the face of feeling towards uncertainty limited improvement, more extensive work regarding residents and training supervisors' education seems to be necessary to identify difficulties and to improve feeling towards uncertainty.

Key words: uncertainty, primary care, evolution, feeling, residents, anxiety, PRU, education, tolerance

AUTEUR : Marion BERGEAUT

TITRE : Évolution du ressenti face à l'incertitude au cours d'un semestre ambulatoire chez les internes de médecine générale du D.E.S. de Toulouse

DIRECTEURS DE THÈSE : Dr Émile ESCOURROU et Dr Igor DURLIAT

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : TOULOUSE le 27 juin 2019

Contexte : L'incertitude est inhérente à la pratique des soins premiers. La gestion de l'incertitude en pratique clinique fait partie des objectifs pédagogiques des internes de médecine générale. L'incertitude est parfois difficile à accepter et source d'anxiété.

Objectif : Mesurer l'évolution du ressenti face à l'incertitude au cours d'un semestre chez les internes de médecine générale en stage ambulatoire de « Praticien niveau 1 » (PN1) et « Santé de la femme et de l'enfant » (SFE).

Méthodes : La population étudiée était les internes en PN1 et SFE lors du stage de novembre 2018 à mai 2019 au sein du DES de Toulouse. L'évolution du ressenti a été mesurée à l'aide d'un questionnaire validé : le *Physicians' Reactions to Uncertainty*.

Résultats : Le taux de participation après appariement était de 67 %. Le ressenti face à l'incertitude s'améliorait de façon significative chez les internes en PN1 et SFE. Cette amélioration restait limitée. L'anxiété était la dimension dont l'amélioration était la plus importante dans les deux groupes d'internes. La réticence à révéler l'incertitude au patient était améliorée chez les internes en PN1 mais restait stable chez les internes en SFE. Le sexe influençait peu l'évolution du ressenti face à l'incertitude à l'exception de l'inquiétude quant aux conséquences négatives qui semblait être plus grandement améliorée chez les hommes.

Conclusion : Devant une amélioration limitée du ressenti face à l'incertitude, des travaux plus approfondis concernant la formation des internes et des maîtres de stage universitaires seraient nécessaires afin de repérer les difficultés et d'améliorer le ressenti face à l'incertitude.

Mots-Clés : incertitude, soins premiers, évolution, ressenti, internes, anxiété, PRU, pédagogie, tolérance

Discipline administrative : MÉDECINE GÉNÉRALE

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 - France