

THÈSE

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

Présentée et soutenue publiquement
par

Marie-Agathe DEBOSQUE FOUCARD

Le 25 novembre 2021

**LES REACTIONS DES PATIENTS FACE A L'INCERTITUDE MEDICALE
ESTIMEES PAR LE MEDECIN GENERALISTE**

Directeur de thèse : Dr Emile ESCOURROU

JURY :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE

Président

Monsieur le Professeur André STILLMUNKES

Assesseur

Monsieur le Docteur Emile ESCOURROU

Assesseur

Madame le Docteur Marion BERGEAUT

Assesseur

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne	M. CAVIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BLANCHER Antoine (C.E)	Immunologie (option Biologique)	M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. BRASSAT David	Neurologie	M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. BUREAU Christophe	Hépat-Gastro-Entérologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	Mme RUYSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. SIZUN Jacques	Pédiatrie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie		
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique		
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie		
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	P.U. Médecine générale	
M. GAME Xavier	Urologie	M. MESTHÉ Pierre	
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation		
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	Professeur Associé Médecine générale	
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	M. ABITTEBOUL Yves	
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition	M. POUTRAIN Jean-Christophe	
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence		
M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale	Professeur Associé en Bactériologie-Hygiène	
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	Mme MALVAUD Sandra	
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie		
M. MALVAUD Bernard	Urologie		
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique		
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses		
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie		
M. MAZIERES Julien	Pneumologie		
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OSWALD Eric (C.E)	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 (C.E)	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie		
M. PERON Jean-Marie	Hépat-Gastro-Entérologie		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie		
M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie		
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	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. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie		
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie		
P.U. Médecine générale			
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)			
Professeur Associé de Médecine Générale			
Mme IRI-DELAHAYE Motoko			

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Héliène (C.E)	Endocrinologie
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophtalmologie
M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme MAZEREUW Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent (C.E)	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 (C.E)	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

Professeur Associé de Médecine Générale

M. STILLMUNKES André

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H.

2ème classe

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Oto-rhino-laryngologie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

P.U. Médecine générale

Mme ROUGE BUGAT Marie Eve

Professeur Associé de Médecine Générale

M. BOYER Pierre

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

M.C.U. - P.H.

M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
M. CUROT Jonathan	Neurologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
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 MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme PERROT Aurore	Hématologie
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

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.A. Médecine Générale

Mme FREYENS Anne
M. CHICOULAA Bruno
Mme PUECH Marielle

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie
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
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
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 FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. RIMALHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'adultes

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
M. ESCOURROU Emile

M.C.A. Médecine Générale

M. BIREBENT Jordan
Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme LATROUS Leila

Remerciements

Aux membres du jury,

A Monsieur le Professeur Pierre MESTHE,

Merci de m'avoir fait l'honneur de présider le jury de ma thèse. Merci pour votre gentillesse, votre disponibilité et pour l'intérêt que vous portez à mon travail.

A Monsieur le Professeur André STILLMUNKES,

Merci d'avoir accepté de siéger dans ce jury pour évaluer mon travail. Merci pour votre engagement pédagogique au sein du département de médecine générale. Merci pour l'intérêt que vous portez à mon travail.

A Madame le Docteur Marion BERGEAUT,

Merci d'avoir accepté de siéger dans ce jury pour évaluer mon travail. Ton travail sur l'incertitude a été inspirant pour nous. Merci pour ta participation à notre étude et pour l'intérêt que tu portes à mon travail.

A Monsieur le Docteur Émile ESCOURROU

Merci d'avoir accepté de diriger ma thèse.

Merci pour ta sympathie, la pertinence de chacune de tes remarques, tes conseils bienveillants et ta patience tout au long de mon travail.

Aux médecins généralistes et aux patients ayant accepté de participer à notre étude,

Merci pour votre investissement et le temps précieux que vous nous avez accordé.

A mes maîtres de stage,

J'ai appris de chacun de vous, par vos connaissances et vos pratiques diverses. Merci de m'avoir accompagné dans ma formation et de vous être adaptés aux petites particularités de mon parcours d'interne et de maman.

A Marie, ma co-thésarde coup de cœur,

En réfléchissant à faire notre thèse ensemble, je ne pensais pas pouvoir tomber sur une personne aussi perfectionniste (voire plus ?) que moi, on était bien embarquées...

J'ai adoré travailler avec toi. Nous avons su composer avec les enjeux familiaux de chacune, échanger en vérité et toujours de manière constructive. Merci pour tout !

J'admire tous tes projets et ta motivation à tout épreuve. Tes futurs patients ont beaucoup de chance.

Merci à Benoît-Marie et son intelligence concrétisée en Ksaar, qui nous aura bien aidé pour notre travail. Merci à Marouann.

A Maxime,

Merci pour ton amour fidèle et ta patience infinie, toi qui m'as soutenu depuis ma première année de médecine et m'accompagna à travers ce long parcours. Tu fus là à chaque étape, à chaque veille d'examen compliqué, à chaque crise de panique pour me reconforter. Merci de m'avoir appris à trouver le recul nécessaire pour une vie plus équilibrée et épanouie. Merci d'être le merveilleux père que tu es pour nos enfants, 100% donné et fou d'amour !

A mes chers enfants, Syméon et Aliénor, qui ont dû affronter les joies de la collectivité dès leur plus jeune âge et ont fait des records de nombre de maladies consécutives et cumulées, pour que leur maman puisse être un bon médecin bien formé. Vous êtes la joie de mon cœur. Votre naissance a changé ma vie pour toujours, vous m'émerveillez chaque jour un peu plus. Restez les petites pépites que vous êtes, j'ai hâte de partager chaque jour de ma vie avec vous.

A toi, petite merveille que je porte dans mon sein, mon cœur déborde déjà d'amour pour toi. Merci de me rappeler chaque jour où est l'essentiel.

A mes parents, qui par leur éducation ont fait grandir en moi le désir d'avoir un métier qui a du sens, qui m'ont appris le don de moi-même et l'amour du prochain.

A papa, qui s'est toujours donné corps et âme pour qu'on ne manque de rien.

A maman, pour son soutien infaillible depuis toujours, particulièrement pendant mes premières années de médecine, pour ses plateaux repas, ses câlins et réassurances à toute heure. Tu es un modèle d'amour maternel pour moi.

A mes frères et sœurs, Bérengère, Claire-Anne, Inès, Pierre-Joseph et Martin.

Merci pour l'attention que vous avez chacun eu pour moi pendant mes études. Vous êtes tous uniques et merveilleux à mes yeux.

Courage à la team médecine, c'est chemin périlleux mais j'en suis sûre, ça vaut le coup !

A mon Papilou, qui m'a accueilli chez lui pendant ma première année de médecine, et qui par sa dure maladie, m'a fait toucher du doigt la complexité de la psychologie d'un patient, la grande diversité des profils et la nécessité pour un médecin d'être à l'écoute des désirs profonds de chacun.

A mes amis de fac, en particulier à ma sous colle de grosses tronches : Anna, Alexia, Lise et Victoria. Merci pour votre soutien. Tous ces bons et mauvais moments partagés resteront toujours ancrés en moi et je suis ravie de savoir que j'aurai toujours un avis ophtalmo, CMF, réa et neuro à portée de main !! A Milly.

A mes chers amies médecins, épouses et mamans : Sarah, Charlotte, Philippine, Marie, Charlotte et Lucile. Vous êtes un beau témoignage pour moi et pour le monde, que l'on peut aimer profondément son métier de médecin et sa famille. Vous m'avez donné le courage de vivre pleinement ma maternité en gardant le désir d'être bien formée afin de prodiguer des soins de qualité à mes patients. Je suis sûre que votre cœur élargi par tout l'amour que vous portez fait de vous des médecins merveilleux. Mention spéciale à Lucile, ma pédiatre en or, et son formidable mari !!!

A Marion et Thibaud,

Votre amitié est précieuse pour moi, votre famille rayonne et chacun de moments partagés avec vous me fait grandir. Merci à Thibaud de m'avoir aidé pour la traduction de l'abstract !

A Paola, Victoire, Michela et tous ceux qui ont partagé des petits bouts de vie avec moi mais que je ne cite pas ici, famille et amis, chacun de vous a participé à la construction de ce que je suis aujourd'hui. Merci d'être là pour moi.

A celui à qui je dois tout, bénis mes mains, mes yeux, mes oreilles, ma bouche et mon cœur pour que je te serve chaque jour auprès de mes patients.

Table des matières

1. Introduction.....	3
2. Matériel et Méthodes	8
2.1. Population étudiée	8
2.2. Recueil des données	8
2.2.1. Elaboration des questionnaires.....	8
2.2.1.1. <i>PRU : Physicians' Reaction to Uncertainty Scale</i>	9
2.2.1.2. <i>Phase test</i>	10
2.2.2. Elaboration de l'outil de recueil et Passation des questionnaires	10
2.3. Analyse des données	12
2.4. Ethique.....	13
3. Résultats.....	14
3.1. Echantillon	14
3.2. Analyse principale et étude des questionnaires	15
3.3. Analyses secondaires.....	19
3.3.1. Variation de la concordance des questionnaires en fonction de l'ancienneté et du statut du médecin.	20
3.3.2. Variation de la concordance des questionnaires en fonction des similitudes et différences entre médecin et patient.....	21
3.3.2.1. <i>En fonction du sexe</i>	21
3.3.2.2. <i>En fonction de l'âge</i>	21
3.3.2.3. <i>En fonction de la catégorie socioprofessionnelle</i>	22
3.3.4. Variation de la concordance des questionnaires en fonction du lien médecin-patient	22
3.3.4. Variation de la concordance des questionnaires en fonction des actions du médecin en consultation	22
3.4. Etude de l'expression par le médecin et de la perception par le patient de l'incertitude	23

4. Discussion	24
4.1. Résumé des résultats.....	24
4.2. Discussion avec la littérature.....	24
4.3. Forces et limites de l'étude	30
5. Conclusion	33
Bibliographie	35
Annexes	38
ANNEXE N°1: Physicians' Reactions to Uncertainty Scale (PRU), traduite en français...	39
ANNEXE N°2 : Questionnaire Médecin Initial (QMi)	40
ANNEXE N°3 : Questionnaire Patient (QP)	43
ANNEXE N°4 : Questionnaire Médecin (QM)	47
ANNEXE N°5 : Fiche Explicative Médecin	49
ANNEXE N°6 : Fiche Explicative Patient.....	53

1. Introduction

« La médecine est une science d'incertitude et un art de probabilité. Seule l'incertitude est une chose sûre. La certitude est une illusion. » écrivait Simpkin et Schwartzstein (1) reprenant la maxime du Dr Osler.

L'incertitude scientifique est omniprésente dans le domaine de la médecine et en particulier en médecine générale. Les médecins généralistes considèrent qu'elle fait même partie de leur identité (2). La société française de médecine générale estimerait dans ses « résultats de consultations » que deux tiers des consultations de médecine générale qui devraient se terminer par la pose d'un diagnostic ne se terminent pas ainsi (3).

Han définit l'incertitude comme "la conscience consciente de l'ignorance sur des aspects particuliers du monde" (4).

Il décrit trois sources d'incertitude (5). La première étant la probabilité ou le risque qui définit le caractère aléatoire et imprévisible d'un phénomène, elle n'est pas contrôlable. La seconde est l'ambiguïté c'est-à-dire le manque de fiabilité des informations liées à la probabilité. L'ambiguïté survient dans les situations où l'information sur les risques est indisponible, inadéquat ou imprécis, qu'il y a des avis d'experts discordants ou un manque d'information médicale. La dernière est la complexité qui rassemble l'ensemble des facteurs de confusion propres à la situation, la rendant difficile à comprendre. La complexité comprend une partie objective liée à la variété des phénomènes médicaux et une partie subjective liée au jugement personnel. Un exemple des différentes sources de l'incertitude est présenté dans la figure 1 issue de « Uncertainty in health care: Towards a more systematic program of research » (4).

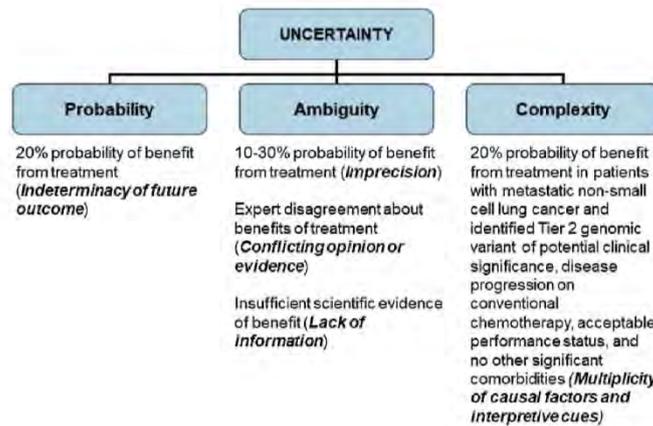


Figure 1 : sources de l'incertitude – exemple du traitement du cancer de du sein

L'incertitude se retrouve dans toutes les dimensions de la médecine. Centrée sur les connaissances, elle est alors diagnostique, pronostique ou encore thérapeutique. Elle peut également être relationnelle. De nombreux facteurs l'influencent, que ce soit l'environnement de soins, le contexte de la consultation, la relation médecin-malade, le patient et encore le médecin lui-même.

Un principe éthique, l'autonomie du patient, encourage à révéler l'incertitude aux patients (6). Les patients sont donc amenés à prendre de plus en conscience de l'omniprésence de l'incertitude dans le domaine de la santé (7).

Cependant, l'incertitude, une fois présente, a différents effets sur les individus qui la ressentent. « L'ensemble des réactions psychologiques positives et négatives, cognitives, émotionnelles et comportementales, provoquées par la conscience de l'ignorance de certains aspects du monde, définit la tolérance à l'incertitude » (8). Dans ce manuscrit, nous avons simplifié les termes de « réactions face à l'incertitude médicale » en « tolérance à l'incertitude médicale » afin de faciliter la compréhension du sens positif ou négatif des réactions.

Cette tolérance à l'incertitude dépend de nombreux facteurs personnels et circonstanciels (4). Elle peut varier pour un même individu selon les situations. La figure 2 issue de l'étude de Hillen et coll. (8), traduite en français par nos soins, modélise ce concept.

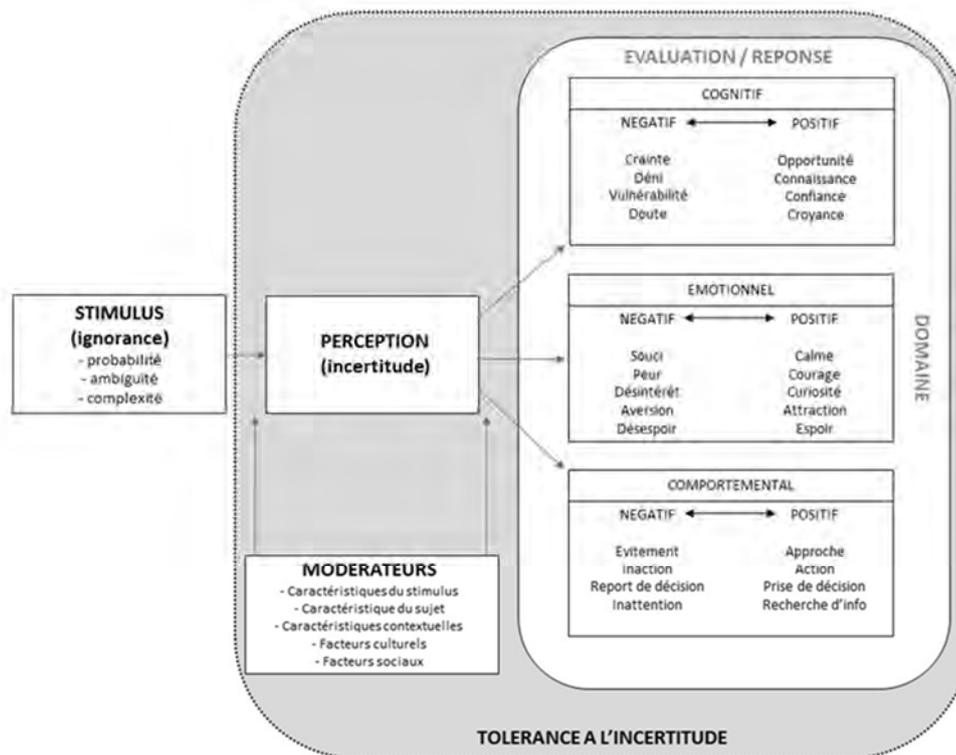


Figure 2 : modèle intégratif de la tolérance à l'incertitude

Les études sur l'incertitude médicale se multiplient afin de comprendre sa complexité (5,9), d'en définir et évaluer sa tolérance (8,10) et de donner des clefs aux médecins pour apprendre à la gérer (11,12).

La tolérance à l'incertitude a souvent été évaluée chez les médecins (13–15), chez les étudiants en médecine (16,17), parfois estimée chez le patient par le médecin (18,19), mais les estimations du médecin n'ont jamais été comparées à l'évaluation de celle-ci par le patient lui-même.

Or, l'estimation que le médecin a de la tolérance à l'incertitude de son patient est un des freins mis en évidence dans la révélation de l'incertitude à son patient.

En effet, contrebalançant le désir d'autonomiser leurs patients, la recherche de leur bien-être est également un des objectifs vers lequel tout médecin tend.

En découvrant l'incertitude que peut ressentir leur médecin, certains patients peuvent être amenés à s'interroger sur la confiance à leur accorder. Leurs repères sont bousculés, les mettant alors dans une situation d'insécurité (7).

La recherche du bien-être du patient amène donc les médecins à estimer consciemment ou non leur tolérance à l'incertitude. Cette estimation impacte la

communication de l'incertitude et par conséquent agit sur le modèle de la relation médecin-malade (19). Plus un médecin pense que ses patients toléreront mal l'incertitude, moins il sera enclin à leur révéler son incertitude et à les inclure dans la prise de décision.

La question suivante se pose alors : le médecin généraliste a-t-il une juste perception des réactions de ses patients face à l'incertitude médicale ? Notre intérêt s'est porté sur cette interrogation et nous tenterons d'y répondre dans notre étude.

Chez les patients, différentes études se sont penchées davantage sur la satisfaction et la confiance du patient en son médecin suite à l'expression de l'incertitude médicale (13,20–23) que sur la tolérance à l'incertitude.

D'après l'étude de CG. Johnson et coll. (20), basée sur le visionnage d'enregistrements vidéo de situations simulées, plus les patients percevaient l'incertitude du médecin, plus ils étaient insatisfaits de leur prise en charge. A l'inverse, Gordon et coll. (13), dans une étude réalisée à partir de situations réelles enregistrées, ont montré une corrélation positive entre expression verbale de l'incertitude et satisfaction des patients. A condition que cette incertitude soit associée à d'autres comportements tels que le partage d'informations, la mise en place d'une alliance et un discours positif. L'utilisation de techniques de communication adaptées serait alors la clef pour garantir la satisfaction des patients et une confiance maintenue en leur médecin.

L'étude de Ogden et ses collègues (22), compare les points de vue médecin / patient sur l'impact de phrases et comportements du médecin remplis d'incertitude sur la confiance du patient en son médecin. Les résultats montraient que les médecins et patients étaient plutôt d'accord sur le fait que les comportements liés à l'incertitude d'un médecin tel que rechercher des informations sur internet ou dans un livre étaient rassurants pour le patient alors que les phrases témoignant l'incertitude tel que « voyons ce qui se passe » ou « je ne sais pas » sont très anxiogènes pour les patients avec une tendance pour le médecin à surestimer la tolérance des patients face à cette incertitude.

Les résultats de ces études étaient donc discordants. Les divergences de résultats peuvent s'expliquer par la manière dont l'incertitude a été révélée et notamment par la diversité des méthodes utilisées par les études. De plus, les auteurs avançaient parfois que cela était lié à une étude de la notion d'incertitude dans tout ce qu'elle est et regroupe sans la préciser. En effet, comme nous l'avons décrit, l'incertitude a des origines variées et est

présente à différents moments de la consultation. Dans leur revue systématique, Mc Govern et Harmon (24) suggéraient qu'il serait plus pertinent de se focaliser sur un moment de la consultation pour limiter les sources d'erreurs.

Pour notre étude, nous avons donc choisi de nous centrer sur l'incertitude diagnostique dans une consultation réelle. Cette incertitude était ressentie par le médecin et potentiellement par le patient en fonction de sa perception naturelle de l'incertitude ou suite à la révélation éventuelle de celle-ci par le médecin.

Notre objectif principal était d'étudier l'estimation par le médecin généraliste des réactions face à l'incertitude médicale des patients l'ayant consulté.

L'objectif secondaire correspondait à l'étude des différentes caractéristiques des médecins, des patients et de la consultation influant sur une possible différence de perception par le médecin.

2. Matériel et Méthodes

Notre étude, de type épidémiologique descriptive transversale, incluait des couples médecin/patient à la suite de consultations de médecine générale.

2.1. Population étudiée

L'inclusion des couples médecin/patient fut permise par le recrutement de médecins généralistes. Ceux-ci devaient être des médecins généralistes installés, remplaçants ou en dernière année d'internat dans le cadre du Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS). Ils devaient avoir une activité ambulatoire en France et parler couramment la langue française.

Les sources de recrutement des médecins généralistes étaient : les chercheuses via leur cercle proche, les différentes branches locales de l'intersyndicale ReAGJIR: Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants, les associations d'internes des différentes régions de France et LinkedIn.

Les médecins recrutés réalisaient alors l'inclusion de patients à la suite d'une consultation, avec un objectif de 9 patients inclus par médecin. Ces patients devaient être majeurs, parler couramment la langue française et avoir accès à une connexion internet dans la journée. La consultation devait contenir la présence d'une incertitude diagnostique ressentie par le médecin, exprimée ou non au patient.

2.2. Recueil des données

2.2.1. Elaboration des questionnaires

Le recueil des données nécessitait l'élaboration de trois questionnaires. Un questionnaire devait porter sur le médecin : ses caractéristiques et ses réactions face à l'incertitude médicale, appelé Questionnaire Médecin initial (QM_i). Les deux autres questionnaires, remplis à la suite d'une consultation, devaient concerner le patient : le premier, le Questionnaire Patient (QP), rempli par le patient lui-même, abordant ses caractéristiques, les caractéristiques de la consultation et de ses réactions face à l'incertitude médicale ; le deuxième, le Questionnaire Médecin (QM) rempli par le médecin

ayant mené la consultation et ressenti l'incertitude, recueillant son estimation des réactions du patient face à l'incertitude médicale et des informations contextuelles.

2.2.1.1. PRU : Physicians' Reaction to Uncertainty Scale

Une recherche bibliographique sur les différentes échelles de mesure de la tolérance à l'incertitude présentes dans la littérature et la comparaison des différents outils validés (8) nous permet de retenir pour notre travail l'échelle américaine : *Physicians' Reaction to Uncertainty Scale (PRU)* créé en 1990 par Gerrity et al (25). Cette échelle traduite et validée en Français via une thèse d'exercice (26) étudie les réactions affectives des médecins face à l'incertitude médicale. Elle comporte 15 questions évaluant quatre domaines : 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). L'item 4 de la dimension « Anxiété liée à l'incertitude », ainsi que les items 1, 2, et 4 de la dimension « Réticence à révéler l'incertitude aux patients » sont cotés de façon inverse. Le score total de la PRU est exprimé de 15 à 90. Plus le score total de la PRU se rapproche de 15, plus la tolérance à l'incertitude est bonne. La PRU est présentée en annexe 1.

Pour l'évaluation des réactions des médecins face à l'incertitude médicale, la PRU fut utilisée dans sa forme originale après suppression des titres des parties.

En l'absence d'échelle validée et traduite en français, mesurant les réactions des patients face à l'incertitude dans le milieu médical, nous avons choisi d'utiliser cette même échelle en l'adaptant pour évaluer les réactions des patients. Dans une étude américaine de 2011, s'intéressant à l'impact des réactions des patients et médecins face à l'incertitude médicale, sur la satisfaction des patientes dans la prévention des cancer du sein et les choix de traitement (23), les chercheurs avaient utilisés la PRU en ne gardant que la première partie portant sur l'anxiété liée à l'incertitude dans laquelle les énoncés des 5 items avaient été modifiés pour être adaptés au patient.

Pour notre étude, l'adaptation consista dans un premier temps à supprimer les items non applicables au patient : les quatre dernières questions évaluant la réticence à révéler l'incertitude au patient ainsi que les deux portant sur la réticence à parler de ses erreurs aux confrères. La formulation des questions restantes a été adaptée à une

évaluation des réactions du patient face à l'incertitude médicale diagnostique. Un questionnaire a été formulé pour une évaluation de ces réactions par le patient et un autre par le médecin ayant ressenti l'incertitude diagnostique en consultation.

2.2.1.2. Phase test

Une relecture des questionnaires adaptés par des patients et médecins tests a été réalisée avec 3 aller-retours entre chercheurs et testeurs.

Les patients tests étaient 12 personnes de notre entourage, de sexe et d'âge différents : 6 hommes et 6 femmes, de 20 à 85 ans.

Les médecins tests étaient 4 internes de médecine générale.

Dans la partie issue de la PRU, cette phase test a mené à la clarification du sens de quelques items en précisant certaines notions. Nous avons notamment décidé de remplacer le terme d' « incertitude » en « incertitude diagnostique du médecin » pour éviter toute confusion, celui de « faute professionnelle » en « faute » pour permettre au patient de cocher cette case sans avoir l'impression d'être trop jugeant. La 5ème question de la partie évaluant l'anxiété liée à l'incertitude fut retirée devant l'ambiguïté soulevée par le terme « souvent ». Les 8 items restants ont été réorganisés afin de différencier deux parties : une première sur la consultation qui vient d'avoir lieu regroupant les items adaptés 2, 3, 4, 7 de la PRU originale et une deuxième plus générale, constituée des items adaptés 1, 6, 8 et 9.

Dans la première partie du questionnaire correspondant aux questions contextuelles, des modifications de syntaxe et la vulgarisation de certains termes médicaux ont été réalisées pour une meilleure compréhension.

Les questionnaires finaux sont consultables en annexe 2, 3 et 4.

2.2.2. Elaboration de l'outil de recueil et Passation des questionnaires

Le recueil des données a été réalisé grâce à un site internet créé spécifiquement pour notre étude à l'aide de l'application française Ksaar. Cela a nécessité la réalisation de plusieurs espaces et parcours.

Chaque médecin recruté a dû créer son espace personnel et répondre au questionnaire QMi (Questionnaire Médecin initial) portant sur ses caractéristiques personnelles puis à la PRU. Les données recueillies ont été anonymisées grâce à la création d'un identifiant unique généré aléatoirement à chaque création de compte. L'espace personnel leur permettait d'inclure des patients via un parcours spécifique, qui menait à l'envoi d'un courriel à chaque patient recruté. L'inclusion d'un nouveau patient entraînait ainsi la création d'un second code personnel de manière automatique. Ce code était lié au questionnaire QM (Questionnaire Médecin) auquel les médecins répondaient à la suite de l'inclusion, évaluant leur perception des réactions de leur patient face à l'incertitude. Les patients recrutés recevaient donc un courriel comportant un lien vers le questionnaire QP (Questionnaire Patient) auquel ils devaient répondre ainsi que le code personnel correspondant. Ces codes, à notifier au début du questionnaire, ont permis l'appariement des questionnaires QM et QP. Les identifiants des médecins ont permis de relier les codes patients générés à l'inclusion des patients au médecin les ayant inclus.

Sur leur espace personnel, les médecins pouvaient consulter deux fiches explicatives : une première destinée aux médecins (annexe 5) et une autre aux patients (annexe 6), que le médecin était invité à imprimer et à remettre aux patients lors de l'inclusion. Elles expliquaient succinctement notre étude et la marche à suivre pour y participer.

Un espace administrateur fut créé afin de permettre aux chercheurs de récolter les données préalablement anonymisées en temps réel. Un parcours a également été élaboré afin de suivre le recrutement des médecins démarchés. Un email de relance commun hebdomadaire était envoyé pendant toute la durée du recueil afin d'informer les médecins de l'avancée du recueil et de leur proposer des astuces pour inclure plus facilement des patients. Les médecins étaient également contactés personnellement de manière régulière afin de suivre leur recueil, leurs difficultés éventuelles et répondre à leurs questions.

Via l'espace administrateur, un email de relance était envoyé aux patients à J2, J4 et J10 de leur inclusion avec un rappel de leur code. Une suppression du code était réalisée à chaque fois qu'un patient avait répondu ou à J20 en l'absence de réponse. Les patients ne pouvaient plus répondre à partir de la suppression du code.

Les médecins étaient contactés lorsque l'objectif de 9 questionnaires QM et QP appariés était atteint afin de leur demander d'arrêter le recueil.

2.3. Analyse des données

Pour répondre à notre question de recherche, nous avons comparé les réponses des questionnaires QM et QP appariés. Les réponses à chaque question, tant pour le médecin que pour le patient, ont été classées comme positives et notées 0,5 s'il s'agissait des items "pas du tout d'accord", "plutôt pas d'accord" et "pas d'accord" et négatives et notées -0,5 pour les items "tout à fait d'accord", "plutôt d'accord", "d'accord". Les questions 3 et 8 ont été côté de façon inverse. Une question à laquelle le médecin et le patient n'avaient pas répondu de la même manière (positive ou négative) était définie comme discordante. Sur les 8 questions du questionnaire, il y avait donc pour chaque couple médecin/patient entre 0 et 8 discordances. Ces discordances pouvaient correspondre à des surestimations de la tolérance à l'incertitude du patient si le médecin avait répondu « positivement » alors que le patient avait coché une réponse « négative ». Inversement, une sous-estimation de la tolérance à l'incertitude du patient était définie par une réponse « négative » du médecin alors que le patient avait répondu « positivement ». La somme du questionnaire était également exprimée, avec des valeurs allant de -4 à 4. Plus la somme était proche de 4, plus la tolérance à l'incertitude du patient était bonne.

Des seuils de ≥ 3 discordances, ≥ 2 surestimations et ≥ 2 sous-estimations entre les questionnaires médecin et patient ont été choisis a priori pour définir une différence significative de perception des réactions du patient face à l'incertitude médicale.

La réponse à notre objectif principal se basait sur les pourcentages de questionnaires appariés où ≥ 3 discordances, ≥ 2 surestimations et ≥ 2 sous-estimations étaient observées. Pour faciliter la lecture, dans la suite du manuscrit, nous utiliserons les termes de « questionnaire discordant » ou « discordance », de « surestimation » et de « sous-estimation » pour parler de deux questionnaires appariés ayant au moins trois discordances, deux surestimations ou deux sous estimations.

Pour répondre à l'objectif secondaire, les réponses aux QM et QP appariés par le logiciel ainsi que les caractéristiques du médecin collectés via le questionnaire QMi ont été croisées afin d'être analysées ensemble.

Une analyse descriptive avec l'utilisation de pourcentage et de moyenne pour certains paramètres, a été réalisée pour chaque item de ces 3 questionnaires, à la fois dans l'échantillon global, et dans les 4 différents groupes correspondant aux questionnaires ayant au moins 3 discordances, moins 3 discordances, au moins 2 surestimations et au moins 2 sous-estimations.

L'étude des discordances et des sous et surestimations a ensuite été détaillée comparativement aux caractéristiques de l'échantillon et de la consultation d'étude à l'aide du test de Chi-deux pour les effectifs théoriques ≥ 5 et du test exact de Fisher pour des effectifs théoriques < 5 . Le risque alpha a été fixé à 5%.

2.4. Ethique

Cette étude ne nécessitait pas l'approbation d'un comité d'éthique en accord avec la loi du 5 mars 2012 (loi Jardé 2012-300). En effet, aucune donnée personnelle n'était traitée lors de notre travail et sa réalisation ne modifiait pas le déroulé des consultations.

L'ensemble des données personnelles utilisées par le site internet créé <https://incertitude-test.applicatif.net> était enregistré dans la base de données de notre serveur web, hébergé par la société SAS Ksaar solutions. L'anonymisation des données pour les analyses nécessaires pour notre étude s'est faite par l'attribution d'identifiants uniques composés de caractères alphanumériques générés aléatoirement et automatiquement.

3. Résultats

Le recueil des données eut lieu du 18 février 2021 au 7 mai 2021.

3.1. Echantillon

109 médecins furent démarchés personnellement, 50 d'entre eux se sont inscrits sur notre site. Aucune inscription n'a eu lieu via l'intersyndicale ReAGJIR, les associations d'interne et LinkedIn.

Sur les 50 inscrits, 34 médecins ont effectivement inclus des patients avec une moyenne de 5,35 inclusions par médecins.

182 patients ont été inclus et 156 d'entre eux ont répondu à leur questionnaire, au moins en partie. 10 couples médecin/patient ont été exclus de l'analyse.

146 questionnaires appariés ont donc été finalement inclus dans notre étude.

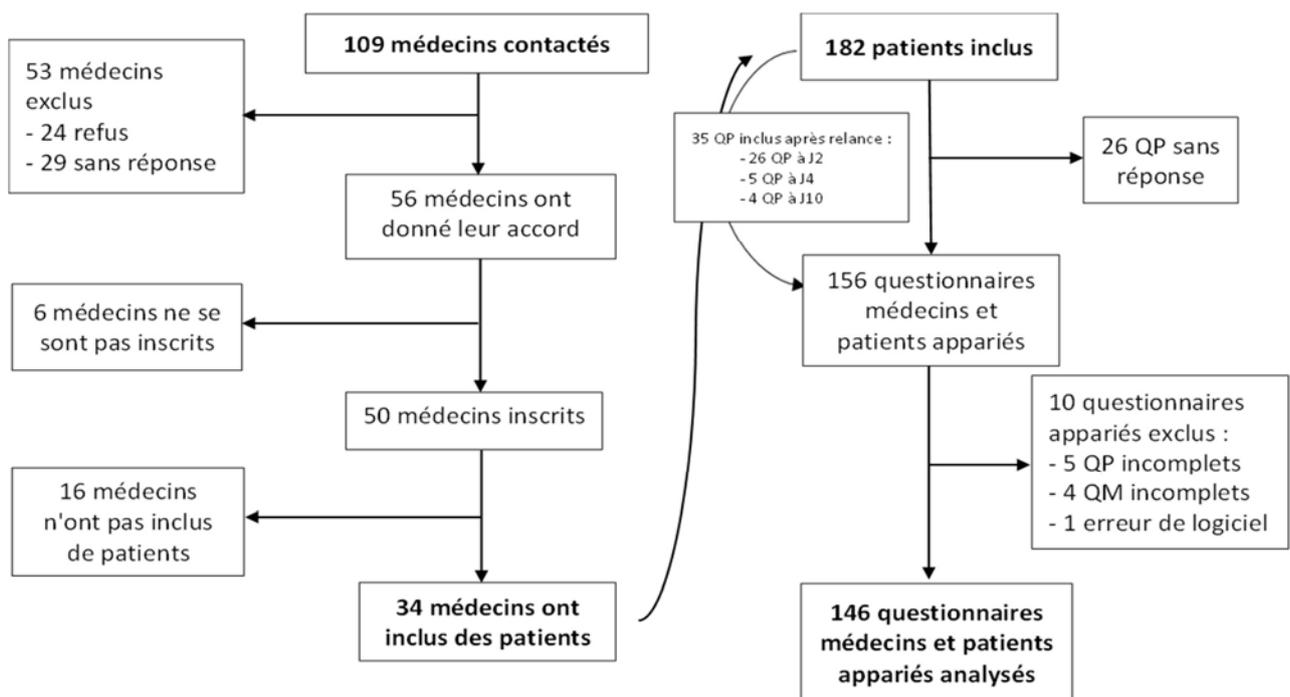


Figure 2 : Diagramme de Flux

3.2. Analyse principale et étude des questionnaires

Sur l'échantillon de 146 questionnaires appariés terminés, on retrouve au moins 3 discordances dans 42% des cas, au moins 2 surestimations dans 49% des cas et au moins 2 sous estimations dans 20% des cas. Les résultats sont présentés dans la figure 3.

L'analyse descriptive de l'échantillon global et des 4 groupes correspondant aux questionnaires ayant au moins 3 discordances, moins de 3 discordances, au moins 2 surestimations et au moins 2 sous estimations, est présentée dans le tableau 1.

Les questions où le médecin surestime le plus la tolérance à l'incertitude du patient sont deux questions générales, qui ne sont pas ciblées sur la consultation qui vient d'avoir lieu, les questions Q6 à propos de l'imagination de scénario catastrophe et Q5 sur l'anxiété liée à l'incertitude du médecin. La réponse aux questions Q6 et Q5 est en faveur de réactions positives face à l'incertitude chez le médecin alors qu'elle est en faveur de réactions négatives chez le patient dans réciproquement 64 et 59 questionnaires soit 44% et 40% des questionnaires.

Les questions où le médecin sous-estime le plus la tolérance à l'incertitude du patient sont la Q1 sur le côté déroutant de l'incertitude du médecin, la Q3 sur le dérangement occasionné par l'incertitude du médecin et la Q5 sur l'anxiété liée à l'incertitude du médecin, réciproquement 22, 19 et 19 fois soit 15%, 13% et 12% de sous-estimation.

Nous avons fait le choix de présenter également les résultats de l'analyse principale sans la question Q3. Nous avons remarqué que dans 24 questionnaires patients étudiés (soit 16% des questionnaires), les réponses aux trois premières questions étaient discordantes et donc difficilement interprétables. Pour ces questions « j'ai trouvé l'incertitude déroutante », « l'incertitude m'a mise mal à l'aise » et « l'incertitude ne m'a pas dérangé », les réponses étaient « pas du tout d'accord ».

Sur l'échantillon de 146 questionnaires appariés terminés, en excluant Q3 et en ne prenant en compte donc seulement 7 questions : on retrouve au moins 3 discordances dans 45 questionnaires soit 31% des cas, au moins 2 surestimations 60 fois soit 41% des cas et au moins 2 sous estimations 26 fois soit 18% des cas (cf figure 3).

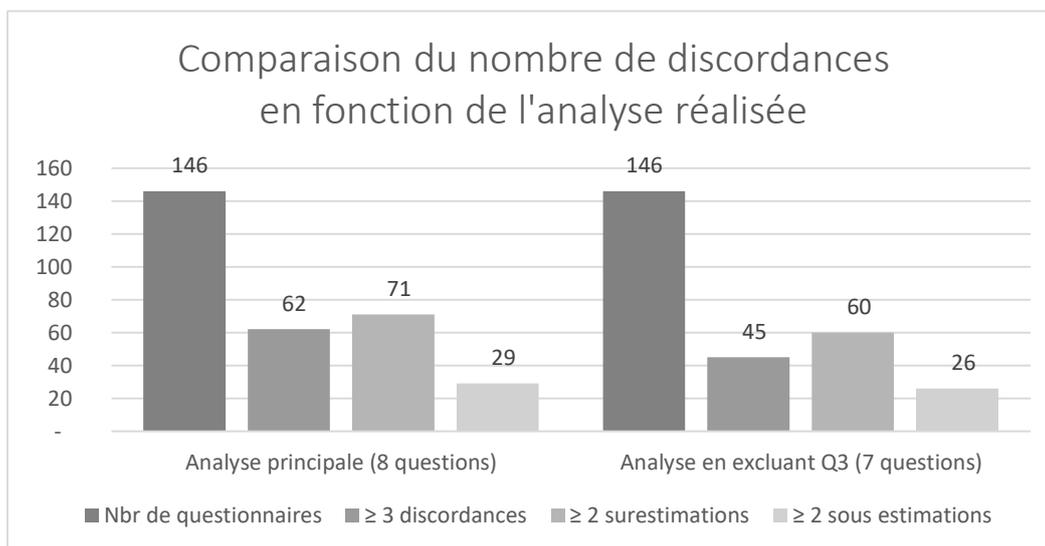


Figure 3 : comparaison du nombre de discordances en fonction de l'analyse réalisée

Le score moyen des questionnaires QM est de 2,71 et des questionnaires QP : 2,05.

Celui des 36 questionnaires QM n'ayant pas pu être appariés aux questionnaires QP car ceux-ci n'étaient pas remplis ou non finis est de 2,84.

En séparant les questions centrées sur le vécu de l'incertitude diagnostique dans la consultation qui venait d'avoir lieu, les questions 1 à 4 et les questions sur les réactions face à l'incertitude en général : 5 à 8 et en réalisant les moyennes patient et médecin de ces deux parties, on retrouvait :

- Score moyen sur les questions liées à la consultation pour les médecins : 1,32 et pour les patients : 1,42
- Score moyen sur les questions générales pour les médecins : 1,39 et pour les patients : 0,64

Dans 136 questionnaires sur 146 (93%), les patients ont répondu qu'un médecin qui a doute sur le diagnostic devrait en faire part au patient. Les médecins avaient estimé que le patient répondrait cela dans 141 questionnaires sur 146 (97%).

Tableau 1: caractéristiques de l'échantillon

Caractéristiques Patient / Médecin / Consultation	Echantillon Total (N=146)	≥ 3 discordances (N=62)	< 3 discordances (N=84)	≥ 2 surestimations (N=71)	≥ 2 sous estimations (N=29)
Sexe Patient N (%)					
Hommes	43 (29)	17 (27)	26 (31)	22 (31)	8 (28)
Femmes	103 (71)	45 (73)	58 (69)	49 (69)	21 (72)
Age Patient (ans) N (%)					
18-29	40 (27)	17 (27)	23 (27)	19 (27)	10 (34)
30-39	37 (25)	16 (26)	21 (25)	21 (30)	6 (21)
40-49	31 (21)	14 (23)	17 (20)	12 (17)	7 (24)
50-59	16 (11)	9 (15)	7 (8)	10 (14)	3 (2)
60-69	17 (12)	4 (6)	13 (15)	5 (7)	2 (7)
70-79	5 (3)	2 (3)	3 (4)	4 (6)	1 (3)
Catégorie Socioprofessionnelle Patient N (%)					
agriculteurs exploitants	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
artisans, commerçants et chefs d'entreprise	4 (3)	2 (3)	2 (2)	3 (4)	1 (3)
cadres et professions intellectuelles supérieures	30 (21)	15 (24)	15 (18)	8 (11)	11 (38)
professions intermédiaires	23 (16)	8 (13)	15 (18)	12 (17)	4 (14)
employés	48 (33)	21 (34)	27 (32)	29 (41)	5 (17)
ouvriers	4 (3)	3 (5)	1 (1)	4 (6)	0 (0)
retraités	13 (9)	4 (6)	9 (11)	6 (8)	1 (3)
sans activité professionnelle	8 (5)	1 (2)	7 (8)	3 (4)	1 (3)
étudiants	16 (11)	8 (13)	8 (10)	6 (8)	6 (21)
Sexe Médecin: N (%)					
masculin	51 (35)	20 (32)	31 (37)	23 (32)	8 (28)
féminin	95 (65)	42 (68)	53 (63)	48 (68)	21 (72)
Age Médecin (ans): N (%)					
20-29	105 (72)	40 (65)	65 (77)	58 (82)	12 (41)
30-39	29 (20)	17 (27)	12 (14)	7 (10)	16 (55)
40-49	5 (3)	2 (3)	3 (4)	4 (6)	0 (0)
50-59	7 (5)	3 (5)	4 (5)	2 (3)	1 (3)
Statut médecin: N (%)					
SASPAS	67 (46)	27 (44)	40 (48)	40 (56)	9 (31)
MG remplaçant	26 (18)	14 (23)	12 (14)	8 (11)	11 (38)
MG installé ou salarié	53 (36)	21 (34)	32 (38)	23 (32)	9 (31)
Type exercice Médecin: N (%)					
Urbain	67 (46)	28 (45)	39 (46)	30 (42)	18 (62)
Semi-Rural	63 (43)	25 (40)	38 (45)	34 (48)	7 (24)
Rural	16 (11)	9 (15)	7 (8)	7 (10)	4 (14)
Durée d'exercice Médecin (ans): N (%)					
0-3	105 (72)	40 (65)	65 (77)	58 (82)	12 (41)
4-10	29 (20)	16 (26)	13 (15)	8 (11)	15 (52)
11-20	4 (3)	3 (5)	1 (1)	2 (3)	1 (3)
21-30	8 (5)	3 (5)	5 (6)	3 (4)	1 (3)

Caractéristiques Patient / Médecin / Consultation	Echantillon Total (N=146)	≥ 3 discordances (N=62)	< 3 discordances (N=84)	≥ 2 surestimations (N=71)	≥ 2 sous estimations (N=29)
Consultation du MT: N (%)					
Oui	38 (26)	16 (26)	22 (26)	18 (25)	6 (21)
Non	108 (74)	46 (74)	62 (74)	53 (75)	23 (79)
Impression du patient que le médecin le connaît: N (%)					
Pas bien	34 (23)	12 (19)	22 (26)	15 (21)	6 (21)
Un peu	59 (40)	29 (47)	30 (26)	30 (42)	13 (45)
Bien	43 (29)	16 (26)	27 (32)	20 (28)	9 (31)
Très bien	10 (7)	5 (8)	5 (6)	6 (8)	1 (3)
Nb de consultations du patient avec ce médecin N (%)					
1	75 (51)	28 (45)	47 (56)	40 (56)	13 (45)
2-4	47 (32)	24 (39)	23 (27)	19 (27)	11 (38)
5-8	14 (10)	5 (8)	9 (11)	7 (10)	3 (10)
> 9	10 (7)	5 (8)	5 (6)	5 (7)	2 (7)
Motif consultation: N (%)					
Pathologie aigue	110 (75)	48 (77)	62 (74)	54 (76)	20 (69)
Pathologie chronique	28 (19)	11 (18)	17 (20)	15 (21)	7 (24)
Autre	8 (6)	3 (5)	5 (6)	2 (3)	2 (6)
Patient présentant des douleurs: N (%)					
Oui	107 (73)	44 (71)	63 (75)	51 (72)	21 (72)
Non	39 (27)	18 (29)	21 (25)	20 (28)	8 (28)
Prescriptions: N (%)					
Aucune	9 (6)	3 (5)	6 (7)	4 (6)	2 (7)
Médicaments	87 (60)	37 (60)	50 (60)	44 (62)	16 (55)
Examens complémentaires	94 (64)	42 (68)	52 (62)	45 (63)	21 (72)
Soins	17 (12)	7 (11)	10 (12)	8 (11)	4 (14)
Avis d'un confrère pris pendant la consultation: N (%)					
Oui	15 (10)	6 (10)	9 (11)	4 (6)	5 (17)
Non	131 (90)	56 (90)	75 (89)	67 (94)	24 (83)
Reconvocation du patient pour réévaluation: N (%)					
Oui	88 (60)	35 (56)	53 (63)	43 (61)	17 (59)
Non	58 (40)	27 (44)	31 (37)	28 (39)	12 (41)
Patient adressé au spécialiste: N (%)					
Oui	48 (33)	27 (44)	21 (25)	28 (39)	11 (38)
Non	98 (67)	35 (56)	63 (75)	43 (61)	18 (62)
Expression Incertitude par le médecin: N (%)					
Oui	132 (90)	54 (87)	78 (93)	62 (87)	28 (97)
Non	13 (9)	7 (11)	6 (7)	8 (11)	1 (3)
Perception Incertitude ou Doute par le patient: N (%)					
Oui	61 (42)	26 (42)	35 (42)	23 (32)	17 (59)
Non	85 (58)	36 (58)	49 (58)	48 (68)	12 (41)

3.3. Analyses secondaires

Une partie de l'étude des discordances et des sous et surestimations détaillée comparativement aux caractéristiques de l'échantillon et de la consultation est présentée dans le tableau 2.

	≥ 3 discordances	<i>p</i>	≥ 2 surestimations	<i>p</i>	≥ 2 sous estimations	<i>p</i>
GLOBAL (N=146)	62 (42)		71 (49)		29 (20)	
M: 0-3 ans d'exercice (N=105)	40 (38)	<i>0,087</i>	58 (55)	<i>0,011</i>	12 (11)	<i><.001</i>
M: > 3 ans d'exercice (N=41)	22 (54)		13 (32)		17 (41)	
M: Etudiants (N=67)	27 (40)	<i>0,626</i>	40 (60)	<i>0,014</i>	9 (13)	<i>0,073</i>
M: Médecins (N=79)	35 (44)		31 (39)		20 (25)	
M et P de même sexe (N=78)	39 (50)	<i>0,048</i>	40 (51)	<i>0,492</i>	17 (22)	<i>0,531</i>
M et P de sexe opposé (N=68)	23 (34)		31 (46)		12 (18)	
P: 18-29a et M: 20-29a (N=23)	8 (35)	<i>0,595</i>	12 (52)	<i>0,595</i>	2 (9)	<i>1</i>
P: 60-79a et M: 20-29a (N=18)	4 (22)		7 (39)		2 (11)	
P: professions intellectuelles supérieures (N=30)	15 (50)	<i>0,737</i>	8 (27)	<i>0,001</i>	11 (37)	<i>0,007</i>
P: employés / ouvriers (N=52)	24 (46)		33 (63)		5 (10)	
M: MT du P (N=38)	16 (42)	<i>0,958</i>	18 (47)	<i>0,856</i>	6 (16)	<i>0,62</i>
M: pas MT du P (=108)	46 (43)		53 (49)		23 (21)	
1ere consultation MP (N=75)	28 (37)	<i>0,197</i>	40 (53)	<i>0,243</i>	13 (17)	<i>0,431</i>
≥ 2 consultations MP (N=71)	34 (48)		31 (44)		16 (23)	
M: prise avis confrère en consultation (N=15)	6 (40)	<i>0,421</i>	4 (27)	<i>0,032</i>	5 (33)	<i>0,501</i>
M: envoi P vers spécialiste (N=48)	27 (56)		28 (58)		11 (23)	
M: reconvoction P (N=88)	35 (40)	<i>0,417</i>	43 (49)	<i>0,945</i>	17 (19)	<i>0,839</i>
M: pas de reconvoction P (N=58)	27 (47)		28 (48)		12 (21)	
P: perception incertitude exprimée par M (N=59)	25 (42)	<i>0,758</i>	21 (36)	<i>0,019</i>	17 (29)	<i>0,055</i>
P: non perception incertitude exprimée par M (N=73)	29 (40)		41 (56)		11 (15)	

M: médecin / P: patient

Dans les colonnes ≥ 3 discordances, ≥ 2 surestimations et ≥ 2 sous estimations, les résultats sont présentés en effectifs puis entre parenthèse en %.

Les résultats statistiquement significatifs ($p < 0,05$) sont présentés en italique.

3.3.1. Variation de la concordance des questionnaires en fonction de l'ancienneté et du statut du médecin.

A propos de l'ancienneté des médecins, on remarque que les médecins ayant plus de 3 ans d'expérience ont un pourcentage de questionnaires avec plus de 2 sous estimations significativement plus important que les médecins ayant 0-3 ans d'expérience (41% contre 11%, $p < .001$). A l'inverse, ces derniers surestiment plus fréquemment la tolérance à l'incertitude des patients que les médecins ayant plus de 3 ans d'ancienneté (55% contre 32%, $p = 0,011$).

La tolérance à l'incertitude des patients est notamment plus souvent surestimée par les jeunes médecins que les médecins plus expérimentés dans les questions : Q7 sur l'existence d'une faute quand le médecin ne pose pas de diagnostic (17/105 contre 2/41 fois soit 16% contre 5%) et Q5 sur l'anxiété liée à l'incertitude du médecin (48 contre 11 fois soit 46% contre 27%).

Au contraire, la tolérance à l'incertitude des patients est notamment plus sous-estimée par les médecins ayant plus de 3 ans d'expérience que les jeunes médecins dans les questions : Q3 sur le dérangement occasionné par l'incertitude du médecin (12/41 7/105 fois soit 29% contre 7%), Q6 à propos de l'imagination de scénario catastrophe (8 contre 3 fois, soit 20% contre 3%), Q1 sur le côté déroutant de l'incertitude du médecin (11 contre 11 fois soit 27% contre 10%) et Q5 sur l'anxiété liée à l'incertitude du médecin (10 contre 8 fois, soit 24% contre 8%).

En étudiant le statut des médecins, entre le groupe des internes en SASPAS, que l'on appellera « étudiants » et celui des médecins ayant terminés leur internat (remplaçants, installés ou salariés) que l'on appellera « médecins », il n'y avait pas de différence significative dans le nombre de questionnaires discordants ($p = 0,63$). Cependant, on souligne également qu'il y avait plus de questionnaires mettant en évidence une sous-estimation de la tolérance du patient à l'incertitude chez les médecins par rapport aux étudiants (25% contre 13%, $p = 0,073$). Inversement, plus d'étudiants surestimaient la tolérance au patient par rapport aux médecins (60% contre 39%, $p = 0,014$).

La tolérance à l'incertitude des patients est notamment plus souvent surestimée par les étudiants que les médecins dans les questions Q8 sur la nécessité de la révélation de l'incertitude du médecin au patient (8/67 contre 2/79 fois soit 12% contre 3%), Q7 sur l'existence d'une faute quand le médecin ne pose pas de diagnostic (13 contre 6 fois soit 19% contre 8%) et Q3 sur le dérangement occasionné par l'incertitude du médecin (19 contre 14 fois soit 28% contre 18%).

Au contraire, la tolérance à l'incertitude des patients est notamment plus sous-estimée par les médecins que les étudiants dans les questions Q6 à propos de l'imagination de scénario catastrophe (10/79 contre 1/67 fois soit 13% contre 1%) et Q3 sur le dérangement occasionné par l'incertitude du médecin (14 contre 5 fois soit 18% contre 7%).

3.3.2. Variation de la concordance des questionnaires en fonction des similitudes et différences entre médecin et patient

3.3.2.1. En fonction du sexe

Un nombre significativement plus important de questionnaires discordants a été mis en évidence dans le groupe « patient et médecin de même sexe » en comparaison au groupe « patient et médecin de sexe opposé » ($p=0,048$). Néanmoins, la similitude ou la différence de sexe n'avait pas d'influence sur le nombre de surestimations ($p=0,531$) et sous estimations ($P=0,492$).

3.3.2.2. En fonction de l'âge

La comparaison des estimations de la tolérance à l'incertitude du patient par des médecins de 20-29 ans, de patients de même âge (18-29ans) et de patients âgés de 60 à 79 ans, n'a mis en évidence aucune différence significative, ni dans le nombre de questionnaires discordants ($p=0,595$), ni pour les questionnaires ayant au moins 2 surestimations ($p=1$) ou au moins 2 sous estimations ($p=0,595$).

3.3.2.3. En fonction de la catégorie socioprofessionnelle

La comparaison de l'estimation par les médecins des réactions des patients de même catégorie socioprofessionnelle qu'eux et de catégories socioprofessionnelles à niveau d'étude plus faible (ouvriers / employés) face à l'incertitude médicale a été réalisée. Elle a montré des cas de sous-estimation de la tolérance à l'incertitude plus fréquents chez les patients de même catégorie professionnelle (37% contre 10%, $p=0,007$). A l'opposé, les questionnaires surestimant la tolérance à l'incertitude étaient plus fréquents chez les employés et ouvriers (63% contre 27%, $p=0,001$).

3.3.4. Variation de la concordance des questionnaires en fonction du lien médecin-patient

Que le médecin soit le médecin traitant ou non du patient, que le patient consulte le médecin pour la première fois ou non, il n'y avait pas de différence significative dans les estimations des réactions des patients face à l'incertitude médicale (cf tableau 2).

3.3.4. Variation de la concordance des questionnaires en fonction des actions du médecin en consultation

La prise de l'avis d'un confrère pouvait se faire en consultation (par le téléphone par exemple) ou via l'envoi vers un spécialiste. La comparaison des réponses aux questionnaires dans ces deux cas de figure a montré une tendance à la sous-estimation de la tolérance à l'incertitude du patient plus importante dans le groupe « avis confrère en consultation » (33% contre 23%). En revanche, il y avait significativement plus de questionnaires avec au moins 2 surestimations dans le groupe « envoi au spécialiste » que dans celui « avis confrère en consultation » (58% contre 27%, $p=0,032$).

L'exactitude de l'estimation par le médecin de la tolérance à l'incertitude du patient ne variait pas significativement qu'il reconvoque le patient pour réévaluation ou non.

3.4. Etude de l'expression par le médecin et de la perception par le patient de l'incertitude

Dans le QM, les médecins avaient notifié avoir exprimé l'incertitude au patient dans 132 questionnaires, soit 90% des cas. Néanmoins, le patient a coché l'avoir perçu dans seulement 45% de ces cas. Dans 55% d'expression d'incertitude par le médecin, le patient ne perçoit ni incertitude ni doute chez son médecin.

Nous avons réalisé le calcul des discordances, surestimations et sous estimations dans les cas où le médecin exprime l'incertitude, dans un premier temps lorsque le patient la perçoit et dans un deuxième temps lorsqu'il ne la perçoit pas. En termes de discordances, la différence n'est pas significative, avec lors d'une perception de l'incertitude : 42% de discordances et lorsque celle-ci n'est pas perçue : 40% ($p= 0,758$). Pour les surestimations, on a respectivement 36% et 56% ($p= 0,019$) et les sous estimations, 29% et 15% ($p=0,055$).

Le score moyen des questionnaires observés dans ces deux groupes est dans les cas expression de l'incertitude et de perception par le patient : QP : 2,34 et QM : 2,23 et dans les cas où l'incertitude exprimée n'est pas perçue : QP : 1,93 et 2,97.

4. Discussion

4.1. Résumé des résultats

Notre étude a donc permis, via 34 médecins, l'inclusion de 146 consultations. Une comparaison des évaluations du médecin et du patient sur les réactions du patient face à l'incertitude médicale à l'issue de ces consultations a été réalisée. 42% des questionnaires QM et QP appariés ont révélé au moins 3 discordances, 49% au moins 2 surestimations et 20% au moins 2 sous estimations.

Le patient est plus souvent anxieux face à l'incertitude diagnostique de son médecin et a plus tendance à imaginer des scénarii catastrophes dans ces cas-là, que son médecin le croit. Au contraire, il tolère souvent mieux l'incertitude présente dans la consultation qui vient d'avoir lieu que le médecin le pense.

Les caractéristiques qui ont été mis en évidence comme faisant varier le pourcentage de surestimations et sous estimations sont : l'ancienneté et le statut du médecin, la catégorie socioprofessionnelle du patient, la prise d'avis d'un confrère en consultation, l'envoi du patient vers un spécialiste et la perception ou non par le patient de l'incertitude exprimée par le médecin. En revanche, la similitude ou la différence de sexe et d'âge entre médecin et patient, la consultation du médecin traitant, le nombre de consultations avec le même médecin ou la reconvoction du patient pour réévaluation n'avaient pas d'influence sur ces pourcentages.

4.2. Discussion avec la littérature

Avec 42% de discordances, 49% de surestimations et 20% de sous estimations, on peut conclure qu'il y avait une part importante de mésestimations des réactions des patients face à l'incertitude médicale.

Ce résultat est important car il a probablement des conséquences sur la communication de l'incertitude au patient. En effet, Portnoy et coll. (19) ont montré que l'estimation du niveau d'aversion à l'ambiguïté des patients impacte grandement sur la communication de l'incertitude au patient et donc sur le modèle de la relation médecin-malade. Plus le médecin pense que ses patients auront des réactions négatives face à l'incertitude médicale, moins il va parler de l'incertitude à ses patients et plus il sera sur un

modèle paternaliste de relation médecin-malade. Notre étude peut donc attirer l'attention du médecin sur le fait que ses perceptions peuvent être erronées et que baser sa stratégie de communication de l'incertitude sur son ressenti pourrait être inadapté.

On peut alors s'interroger sur les origines de ces estimations inexactes. Il est envisagé que la vision du niveau d'aversion à l'ambiguïté des patients par le médecin puisse être biaisée par la propre tolérance à l'incertitude des médecins (19). Nous émettons donc l'hypothèse que les médecins projettent leur propre tolérance à l'incertitude sur leurs patients. On sait qu'un des freins à la révélation de l'incertitude au patient est la tolérance du médecin à l'incertitude. Un médecin tolérant mal l'incertitude aura plus de réticences à la révéler à ses patients (27). La projection de sa propre tolérance à l'incertitude sur son patient lui permettrait de rationaliser inconsciemment ses propres préférences de communication de l'incertitude au patient. Ainsi, un médecin tolérant mal l'incertitude pourrait sous-estimer la tolérance à l'incertitude de ses patients et inversement, un médecin à l'aise avec l'incertitude pourrait la sur estimer. Pour approfondir cette hypothèse, nous avons poursuivi notre travail et les résultats sont présentés dans la thèse de Marie Le Tourneux Flach (28).

Au-delà de l'origine de ces mésestimations de la tolérance à l'incertitude du patient, on peut se poser la question de la réponse à apporter en tant que médecin. Le sujet de l'incertitude médicale, de sa communication au patient et des réactions psychologiques cognitives, émotionnelles et comportementales qu'elle engendre chez la personne qui en prend connaissance est-il à aborder avec nos patients ? Serait-il bon de l'évaluer de manière systématique ? L'évaluation pourrait se faire de manière informelle par une discussion ouverte sur le sujet ou de manière plus systématisée par la passation d'un questionnaire lors de la rencontre d'un nouveau patient, de la même manière que l'on recueille ses antécédents ou ses traitements. Cependant, devant cette éventualité : deux questions se posent.

La première, celle de l'acceptabilité pour le médecin. Les médecins sont-ils prêts à évaluer la tolérance à l'incertitude de leur patient ? Est-ce quelque chose qui leur paraît important ? Dans un contexte sanitaire où les médecins ont un rythme de travail très chargé et sont beaucoup sollicités, et où le concept de tolérance à l'incertitude n'est pas la préoccupation ni le sujet de prédilection de tous, la mise en place de ce temps en

consultation peut paraître inadapté à la situation actuelle de la médecine générale en France. Cependant, il serait intéressant d'interroger les médecins sur le sujet dans une étude qualitative.

La deuxième question soulevée concerne le patient. Est-ce que le patient a une juste perception de sa propre tolérance à l'incertitude ? On remarque dans notre étude que le médecin a tendance à surestimer la tolérance à l'incertitude sur les questions plus globales notamment les questions 5 et 6 sur l'anxiété du patient face à l'incertitude diagnostique de son médecin et sur l'imagination de scénario catastrophe et qu'au contraire, les sous estimations sont plus fréquentes sur les questions qui portent sur la consultation particulièrement la question 1 et 3. Si l'on creuse, on remarque que si le médecin, lui, a tendance à estimer de la même manière la tolérance à l'incertitude de son patient que ce soit de manière générale où le score est à 1,39 et en lien avec la consultation qui vient d'avoir lieu où celui-ci est à 1,32 ; les patients, eux, ont un score bien inférieur sur les questions générales par rapport aux questions liées à la consultation : 1,42 contre 0,64. Les patients pourraient donc être anxieux face à l'éventualité d'une incertitude, mais la tolérer finalement mieux qu'ils ne le pensent une fois présente. Cette hypothèse pourrait également expliquer les discordances entre les différentes études réalisées sur les conséquences de la révélation de l'incertitude sur la satisfaction du patient. En effet, dans l'étude de CG. Johnson et coll. (20), le niveau d'insatisfaction des patients était corrélé au niveau d'incertitude exprimée dans la vidéo visionnée par le patient. Les patients étaient spectateurs d'une situation simulée et devait se projeter à la place de la personne. Comme dans les questions générales dans notre questionnaire, le patient réfléchit sur une situation donnée. Au contraire, dans l'étude de Gordon and all (13), il y avait une corrélation positive entre les expressions verbales d'incertitude dans la consultation étudiées par enregistrement de la consultation et le score de satisfaction recueilli par questionnaire auprès des patients à la suite de la consultation. Il se pourrait donc que les patients en se projetant dans une situation supposée, puisse sous-estimer leur propre tolérance à l'incertitude réelle. Cela pourrait expliquer une partie du très important pourcentage de surestimations dans notre échantillon : 49%. L'évaluation systématique de la tolérance à l'incertitude du patient aurait-elle donc un impact positif sur la relation médecin-malade, la confiance et le bien-être du patient ? Ces deux interrogations sur l'acceptabilité par le médecin et la pertinence de l'évaluation par le patient nous font émettre des doutes.

En revanche, dans notre étude, 93% des patients ont exprimé leur préférence pour une révélation de l'incertitude par le médecin. Ce qui ressort systématiquement dans les études, c'est qu'au moment où l'incertitude s'invite en consultation, celle-ci est d'autant mieux tolérée par le patient, dans l'instant présent, que le médecin qui la révèle accompagne son patient, exprime une certaine protection bienveillante, donne des explications détaillées et adaptées (29). Il a été montré que l'utilisation de méthodes de révélation positives augmente la satisfaction du patient (13). C'est donc le comportement du médecin à la suite de la révélation qui fait la différence. Selon certains patients, être en proie à l'incertitude et savoir l'exprimer est un signe de compétence, il montre la recherche d'objectivité du médecin et la réflexivité sur sa pratique (26).

Ainsi, la solution face à ces mésestimations n'est peut-être pas dans la recherche de l'évaluation la plus précise de la tolérance à l'incertitude du patient mais dans la formation optimale des médecins à la révélation de l'incertitude. C'est en effet l'approche centrée sur le patient qui semble avoir l'impact le plus positif sur la relation médecin-malade, probablement quel que soit le niveau de base de tolérance à l'incertitude du patient. Il serait dans ce cas plus pertinent de concentrer le peu de temps que les médecins ont à donner sur ce point-là plutôt que sur l'évaluation systématique du niveau de tolérance à l'incertitude de leurs patients. Une étude qualitative interrogeant les médecins généralistes sur leurs techniques de révélation de l'incertitude et recueillant leurs avis sur leur formation sur le sujet et les besoins qu'ils ressentent pour accompagner au mieux les patients face à l'incertitude médicale pourrait donner des pistes de réflexion pour l'élaboration d'une formation continue pertinente et/ou d'outils adaptés.

La comparaison des mésestimations en fonction de l'ancienneté des médecins met en lumière un résultat intéressant : les médecins plus expérimentés ont tendance à plus sous-estimer la tolérance à l'incertitude des patients et les jeunes médecins à la surestimer. Il est important de noter que le groupe « médecins ayant moins de 3 ans d'expérience » correspond à l'ensemble des médecins, SASPAS et autres qui ont été explicitement sensibilisés à la notion d'incertitude au cours de leur internat de médecine générale. En effet, dans le parcours professionnalisant actuel du DES de médecine générale à Toulouse, les objectifs intermédiaires comprennent ces notions. A l'issue de la première année, l'interne doit être capable de reconnaître l'incertitude d'une situation clinique rencontrée. Après la deuxième année, il doit pouvoir l'analyser et en fin d'internat la gérer. Il semblerait

donc que ces médecins sous-estiment moins la tolérance à l'incertitude de leur patient et aient une tendance à la surestimer. Se pose alors la question de la pertinence de cette formation. La très faible part de sous-estimation de la tolérance à l'incertitude des patients dans ce groupe de médecins pourrait révéler un vrai impact positif de la formation telle qu'elle est réalisée aujourd'hui avec des médecins qui semblent accueillir de manière plus apaisée l'incertitude sans projeter leur angoisse sur les patients. En revanche, on peut se poser la question suivante : Les jeunes médecins seraient-ils devenus trop à l'aise avec l'incertitude ? Sous-estiment-ils les réactions que sa révélation engendre chez les patients ? Il ne faudrait pas que leur formation, au-delà de leur permettre une pratique plus épanouie, les ait fait banaliser l'incertitude médicale. « Reconnaître l'incertitude et la gérer » ne doit pas se transformer en « l'accepter et la négliger ». Souvent au cours de nos études de médecine générale, on nous répète qu'il ne faut pas se laisser envahir par l'anxiété face à l'incertitude. Mais on doit bien garder en tête qu'apprendre à gérer l'incertitude est une aptitude à développer qui n'a pas pour unique but le bien-être du médecin mais avant tout, une réponse médicale pertinente aux problèmes du patient. L'objectif à atteindre par la formation n'est donc pas d'augmenter ou de diminuer la tolérance à l'incertitude de l'interne mais de l'améliorer en lui donnant les clefs pour composer avec sa personnalité dans les situations d'incertitude afin que celle-ci devienne source de stimulation.

Dans leur étude portant sur l'évolution du ressenti face à l'incertitude des internes de médecine générale de Toulouse au cours d'un semestre, Escourrou et coll. (17) ont montré 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. Dans sa thèse, le Dr Bergeaut (30) suggère que la prise de conscience de l'incertitude ainsi que l'acquisition d'une certaine autonomie pourraient déstabiliser ces internes. Selon notre approche, cette déstabilisation à l'origine d'une diminution de leur tolérance à l'incertitude pourrait avoir un impact positif sur la prise en charge du patient car elle entraînerait un ajustement du ressenti des internes ayant une tolérance à l'incertitude initialement trop élevée.

En effet, il est important de noter que la tolérance et l'intolérance à l'incertitude ne sont ni bonnes ni mauvaises en soit (11). Ces deux facettes d'une personnalité ont leurs défauts et leurs qualités. Les extrêmes en revanche sont dangereux. Un médecin avec une très bonne tolérance à l'incertitude pourrait être trop à l'aise avec des informations incomplètes ou incertaines, ne pas chercher davantage dans la littérature, ne pas avoir

recours suffisamment au spécialiste ou ne pas avoir le désir de se former continuellement. A l'inverse, les médecins intolérants à l'incertitude pourraient, pour éviter une anxiété majeure, éviter les situations d'incertitude et avoir inconsciemment un regard biaisé sur certaines d'entre elles pour essayer d'y chasser faussement l'incertitude. Ainsi un médecin anxieux face à l'incertitude pourrait préférer ne rien faire plutôt qu'investiguer face à une situation incertaine (4). D'autres médecins intolérants à l'incertitude pourraient au contraire surprescrire pour se rassurer : des examens complémentaires, des traitements... (14). Politi et coll. disent même que plus un médecin est anxieux, plus il est précis et qu'ainsi le niveau d'anxiété des médecins influence positivement la satisfaction des patients. (23). Néanmoins, ces prescriptions parfois non justifiées ont un impact sur le coup de la santé (1).

Pour éviter ces extrêmes, Reis-Denis et coll. (11) proposent de ne pas rester fixer sur la notion de tolérance à l'incertitude mais plutôt de chercher à cultiver certaines valeurs qui font grandir tout professionnel. Ainsi, une personne intolérante à l'incertitude devrait cultiver son désir de clairvoyance de chaque situation, travailler sur la pertinence de ses prescriptions et apprendre à mobiliser ses ressources internes et externes lui donnant le courage nécessaire pour affronter les situations d'incertitude. Une personne très tolérante à l'incertitude pourrait développer sa curiosité médicale afin de faire grandir sa capacité de réflexion en situation d'incertitude et travailler la réflexivité sur sa pratique.

Le plus important n'est pas le niveau de tolérance à l'incertitude d'un médecin mais la connaissance de celui-ci par le médecin lui-même. Son évaluation systématique serait intéressante pour un travail personnalisé sur le sujet afin de tendre vers une pratique adaptée et apaisée.

Nous avons mis en évidence que le médecin généraliste avait tendance à sous-estimer la tolérance à l'incertitude de ses patients vis-à-vis de la prise de l'avis d'un autre médecin au cours de la consultation alors qu'il la surestime quand il envoie le patient vers le spécialiste. On sait qu'être incertain induit chez le médecin un sentiment de vulnérabilité (1). Notre hypothèse est que prendre l'avis d'un confrère en consultation serait perçu par le médecin comme une défaillance de sa personne et donc que celui-ci pense que son patient tolérera moins bien l'incertitude dans ce cas-là. A l'inverse, le médecin pourrait trouver l'envoi vers le spécialiste plus légitime et moins anxiogène pour le patient puisque cela s'inscrit dans son parcours de soin. Cependant, ces résultats sont à nuancer car Ogden

et coll. (22) avaient montré que les comportements “demander l’avis d’un autre médecin généraliste”, “demander l’avis d’un spécialiste”, “envoyer à l’hôpital” étaient des comportements liés à l’incertitude du médecin qui étaient évalués par le médecin et le patient de manière concordante comme n’affectant pas la confiance du patient en son médecin. On note tout de même trois différences importantes entre cette étude et la nôtre : la méthodologie, le critère de jugement principal et le lieu. En effet, ils avaient utilisé des questionnaires regroupant différentes propositions sans étude d’une consultation réelle. De plus, ils étudiaient l’impact de ces phrases sur la confiance du patient et non la tolérance à l’incertitude du patient. Pour finir, cette étude avait lieu en Angleterre et non en France là où la structure du parcours de soin est différente et les ressentis des médecins face à leurs actions en consultation probablement également.

Du côté des caractéristiques liées au patient, on peut noter qu’il y a un pourcentage plus élevé de surestimations de la tolérance à l’incertitude des patients qui ne perçoivent pas l’incertitude exprimée par le médecin et au contraire plus de sous-estimations quand les patients perçoivent effectivement l’incertitude exprimée. On peut alors émettre l’hypothèse d’un certain déni et d’une éviction inconsciente de la notion d’incertitude exprimée par le médecin, de la part du patient qui tolérerait mal l’incertitude. Quand on regarde les scores des questionnaires, on retrouve effectivement un score plus bas chez les patients qui disent n’avoir pas perçu d’incertitude ou de doute chez leur médecin que ceux qui l’ont reconnu. Cela a du sens quand on sait que la première étape dans l’acceptation de l’incertitude est la reconnaissance de celle-ci. On rappelle que c’est d’ailleurs le premier cap que les internes sont appelés à passer au cours de leur internat.

4.3. Forces et limites de l’étude

Notre étude avait différentes forces.

La première, celle de proposer une approche différente de la tolérance à l’incertitude, centrée sur le patient mais également dans le regard du médecin avec une comparaison des points de vue des deux acteurs de la consultation de médecine générale. Le choix de l’incertitude diagnostique du médecin était également une force car il permettait des questions précises et limitait les confusions possibles autour du terme d’incertitude. La passation de questionnaire à la suite d’une consultation réelle donnée

permettait au patient et au médecin de répondre aux questionnaires dans le même contexte ainsi qu'une analyse des réactions du patient en situation réelle et non seulement imaginaires.

L'utilisation du logiciel comme outil de recueil était également innovante. La facilité et la rapidité d'utilisation de l'outil par les médecins permettaient d'alléger la partie logistique du recueil. De plus, il permettait aisément de garantir l'anonymat et ainsi d'être plus confiants sur la véracité des réponses, en particulier celles des patients. Ces derniers pouvaient en effet répondre de manière plus sereine en ligne depuis leur téléphone ou ordinateur que s'ils avaient dû déposer une feuille dans une boîte dans la salle d'attente de leur médecin. La possibilité de relancer les patients par courriel permis également de limiter les perdus de vue.

Notre étude possède également des limites. La première concerne l'inclusion des médecins. Malgré un recrutement large et l'utilisation de différents moyens tels que les associations d'interne et de médecins, les médecins ayant participé à l'étude sont en grande partie des médecins relativement proches des chercheurs. Ce sont également des médecins connectés et suffisamment sensibilisés et à l'aise avec la notion d'incertitude médicale pour accepter que leurs patients lisent ce terme dans leur questionnaire et donnent leur avis sur la question. Ainsi, notre étude comprend un défaut de validité externe car nos résultats ne sont pas généralisables à l'ensemble des médecins généralistes.

De plus, les médecins avaient un objectif d'inclusion de 9 patients, le choix des patients en question étant laissé au médecin. Il n'y a donc pas eu une inclusion systématique de 9 consultations successives ou aléatoires contenant une incertitude diagnostique. La relation du médecin avec son patient ou son ressenti lors de la consultation a pu influencer sur l'inclusion des patients. Néanmoins, l'effort demandé au médecin par l'inscription sur le logiciel puis le recrutement de patient à 9 reprises était déjà important et nous ne pouvions pas imposer cette méthodologie, sans risquer de faire face à de nombreux refus de la part des médecins.

En l'absence d'échelle validée pour mesurer les réactions des patients face à l'incertitude médicale, nous avons choisi d'adapter la PRU en modifiant la formulation des items afin de permettre l'évaluation des réactions des patient, à l'image de Politi et coll. (23) dans leur étude. Afin d'obtenir une validation des questionnaires malgré cette limite,

un groupe de travail comprenant les deux chercheuses et le directeur de thèse a été constitué. Les modifications proposées devaient être validées par les trois membres de ce groupe. De plus, les questionnaires ont ensuite été testés sur des volontaires pour vérifier leur bonne interprétation.

Par soucis de compréhension des termes par tous et de simplification d'une notion assez complexe, nous avons appelé « incertitude médicale »/ « incertitude du médecin » toutes les incertitudes peu importe leurs origines : probabilité, ambiguïté et complexité. De ce fait, le patient et le médecin ne pouvaient pas différencier dans les questions l'incertitude liée aux limites de la médecine de celle liée aux limites du médecin : ses connaissances, son expérience...

Concernant le recueil, la réponse des patients après relance par courriel peut également constituer un biais de mémorisation vis-à-vis des questions propres à la consultation. Le temps et les événements passés durant ce laps de temps (ex : réalisation d'exams complémentaires) pourraient avoir modifié les réactions des patients par rapport à leurs réactions au sortir de la consultation.

Du côté des résultats, nous pouvons noter un fait marquant : dans 24 questionnaires patients étudiés (soit 16% des questionnaires), les réponses aux trois premières questions sont « pas du tout d'accord ». Bien que nous eussions averti le patient sur la présence d'une question avec négation au début du questionnaire, les questions étant « j'ai trouvé l'incertitude déroutante », « l'incertitude m'a mise mal à l'aise » et « l'incertitude ne m'a pas dérangé », une réponse à 0/6 sur l'échelle de Likert pour ces trois questions peut faire émerger l'hypothèse d'une lecture trop rapide de l'énoncé et une non prise en compte de la négation. Devant cette hypothèse et donc le biais éventuel en découlant, nous avons choisi de donner les résultats également en supprimant cette troisième question pour en évaluer l'impact. La suppression n'entraînait pas de modification majeure sur le résultat principal.

Nous pouvons également souligner que malgré un recrutement large et des objectifs d'inclusion donnés aux médecins ambitieux, l'effectif final des questionnaires médecin et patient appariés reste faible. Une étude de plus grande ampleur serait nécessaire pour confirmer les tendances observées dans notre étude.

5. Conclusion

L'incertitude médicale est omniprésente en consultation de médecine générale. L'ensemble des réactions psychologiques positives et négatives, cognitives, émotionnelles et comportementales liées à celle-ci définit la tolérance à l'incertitude.

L'objectif principal de notre travail était d'étudier l'estimation par le médecin généraliste des réactions face à l'incertitude médicale des patients l'ayant consulté.

Pour cela, médecins et patients ont été inclus via un logiciel spécifique et ont répondu à un questionnaire similaire à la suite d'une consultation de médecine générale au cours de laquelle le médecin avait ressenti de l'incertitude diagnostique. Leurs réponses ont été comparées afin d'en évaluer les similitudes et discordances.

146 questionnaires médecin et patient furent appariés : 62 ont révélé au moins 3 discordances, 71 au moins 2 surestimations de la tolérance à l'incertitude et 29 au moins 2 sous estimations. L'analyse de différents sous-groupes a permis la mise en évidence de caractéristiques faisant varier significativement le nombre de surestimations et de sous estimations. Parmi elles, l'étude des variations en fonction de l'ancienneté des médecins a révélé une tendance à la sous-estimation de la tolérance à l'incertitude des patients plus marquée chez les médecins ayant plus de 3 ans d'expérience alors que les jeunes médecins surestiment davantage celle-ci.

Ces estimations, naturelles et parfois inconscientes chez les médecins, impactent chaque jour leurs choix et techniques de communication de l'incertitude au patient. Par la mise en évidence d'un pourcentage non négligeable de mésestimations, notre étude invite les médecins à ne pas rester focalisés sur leurs ressentis qui se pourraient être inexacts. Si une juste évaluation de la tolérance à l'incertitude du patient pourrait aider le médecin dans sa connaissance du patient, celle-ci paraît compliquée à réaliser. Le patient semble notamment enclin à sous-estimer sa propre tolérance à l'incertitude.

Quant au médecin et en particulier l'interne en médecine générale, il est important qu'il garde à l'esprit que tous les moyens qui lui sont donnés pour se sensibiliser à la notion d'incertitude et à sa gestion sont des aides pour lui permettre une pratique apaisée mais

surtout la dispensation de soins de qualité à son patient. En évitant les extrêmes de la tolérance à l'incertitude, en accueillant l'incertitude de manière ajustée et en gardant toujours une réflexivité sur sa pratique, le médecin protège son raisonnement médical et travaille une prise de décision adaptée.

Dans une démarche de soins centrée sur le patient, la connaissance des réactions d'un patient face à l'incertitude médicale ne semble pas être l'objectif à atteindre pour une satisfaction optimale du patient concerné. En revanche, le travail sur la gestion de l'incertitude et sa révélation a montré un réel impact positif sur la satisfaction, la confiance et la compliance du patient. Ainsi, comme cela est déjà le cas dans la formation des internes au DUMG de Toulouse, cet axe pourrait être développé encore davantage dans la formation continue des médecins. Une étude interrogeant les médecins généralistes sur leurs techniques de révélation de l'incertitude, recueillant leur avis sur leur formation et écoutant leurs besoins réels pour accompagner au mieux les patients face à l'incertitude médicale, pourrait donner des pistes pour la construction de formations spécifiques.

Bibliographie

1. Simpkin AL, Schwartzstein RM. Tolerating Uncertainty — The Next Medical Revolution? *N Engl J Med*. 3 nov 2016;375(18):1713-5.
2. Carney PA, Waller E, Eiff MP, Saultz JW, Jones S, Fogarty CT, et al. Measuring Family Physician Identity: *Fam Med*. 2013;45(10):708-18.
3. Bloy G. L'incertitude en médecine générale : sources, formes et accommodements possibles. *Sci Soc Sante*. 2008;Vol. 26(1):67-91.
4. Han PKJ, Babrow A, Hillen MA, Gulbrandsen P, Smets EM, Ofstad EH. Uncertainty in health care: Towards a more systematic program of research. *Patient Educ Couns*. 2019;102(10):1756-66.
5. Han PKJ, Klein WMP, Arora NK. Varieties of uncertainty in health care: a conceptual taxonomy. *Med Decis Mak Int J Soc Med Decis Mak*. 2011;31(6):828-38.
6. Guadagnoli E, Ward P. Patient participation in decision-making. *Soc Sci Med* 1982. août 1998;47(3):329-39.
7. Moussel É, Morel A. Percevoir l'incertitude de son médecin généraliste en consultation: analyse interprétative phénoménologique de vécus de patients. *Médecine humaine et pathologie*. 2017. dumas-01618522 :99.
8. Hillen MA, Gutheil CM, Strout TD, Smets EMA, Han PKJ. Tolerance of uncertainty: Conceptual analysis, integrative model, and implications for healthcare. *Soc Sci Med* 1982. 2017;180:62-75.
9. Logan RL, Scott PJ. Uncertainty in clinical practice: implications for quality and costs of health care. *Lancet Lond Engl*. 2 mars 1996;347(9001):595-8.
10. Strout TD, Hillen M, Gutheil C, Anderson E, Hutchinson R, Ward H, et al. Tolerance of uncertainty: A systematic review of health and healthcare-related outcomes. *Patient Educ Couns*. sept 2018;101(9):1518-37.
11. Reis-Dennis S, Gerrity MS, Geller G. Tolerance for Uncertainty and Professional Development: a Normative Analysis. *J Gen Intern Med*. août 2021;36(8):2408-13.
12. Hewson MG, Kindy PJ, Van Kirk J, Gennis VA, Day RP. Strategies for managing uncertainty and complexity. *J Gen Intern Med*. août 1996;11(8):481-5.
13. Gordon GH, Joos SK, Byrne J. Physician expressions of uncertainty during patient encounters. *Patient Educ Couns*. avr 2000;40(1):59-65.
14. Begin AS, Hidrue M, Lehrhoff S, Del Carmen MG, Armstrong K, Wasfy JH. Factors Associated with Physician Tolerance of Uncertainty: an Observational Study. *J Gen Intern Med*. 26 avr 2021;

15. 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;13:2.
16. Stephens GC, Rees CE, Lazarus MD. Exploring the impact of education on preclinical medical students' tolerance of uncertainty: a qualitative longitudinal study. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* mars 2021;26(1):53-77.
17. Escourrou E, Bergeaut M, Gimenez L, Durliat I, Stillmunkés A, Oustric S, et al. Evolution of Reactions to Uncertainty Among Residents During a Clinical Rotation. *Fam Med.* 5 mai 2020;52(5):339-45.
18. Wang D, Liu C, Zhang X, Liu C. Does diagnostic uncertainty increase antibiotic prescribing in primary care? *NPJ Prim Care Respir Med.* 25 mars 2021;31:17.
19. Portnoy DB, Han PKJ, Ferrer RA, Klein WMP, Clauser SB. Physicians' attitudes about communicating and managing scientific uncertainty differ by perceived ambiguity aversion of their patients. *Health Expect Int J Public Particip Health Care Health Policy.* déc 2013;16(4):362-72.
20. Johnson CG, Levenkron JC, Suchman AL, Manchester R. Does physician uncertainty affect patient satisfaction? *J Gen Intern Med.* avr 1988;3(2):144-9.
21. Cousin G, Schmid Mast M, Jaunin-Stalder N. When physician-expressed uncertainty leads to patient dissatisfaction: a gender study. *Med Educ.* sept 2013;47(9):923-31.
22. 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.
23. Politi MC, Clark MA, Ombao H, Légaré F. The impact of physicians' reactions to uncertainty on patients' decision satisfaction. *J Eval Clin Pract.* août 2011;17(4):575-8.
24. McGovern R, Harmon D. Patient response to physician expressions of uncertainty: a systematic review. *Ir J Med Sci.* nov 2017;186(4):1061-5.
25. 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.
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. [Thèse d'exercice]. [Brest]: Université de Brest Bretagne occidentale; 2015.
27. Physicians' reactions to uncertainty in the context of shared decision making. *Patient Educ Couns.* 1 août 2010;80(2):155-7.
28. Le Tourneux Flach M. Influence des réactions à l'incertitude des médecins généralistes sur leur estimation de celles de leurs patients. [Thèse d'exercice]. [Toulouse]: Université Paul Sabatier; 2021.
29. Betremieux C. Évocation en consultation d'une incertitude par le médecin généraliste : vécu des patients. [Thèse d'exercice]. [Lille]: Université de Lille; 2021

30. Bergeaut M. 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 [Thèse d'exercice]. [Toulouse]: Université Paul Sabatier; 2019.

Annexes

Annexe n°1 : Physicians' Reactions to Uncertainty Scale (PRU), traduite en français

Annexe n°2 : Questionnaire Médecin initial (QMi)

Annexe n°3 : Questionnaire Patient (QP)

Annexe n°4 : Questionnaire Médecin (QM)

Annexe n°5 : Fiche explicative médecin

Annexe n°6 : Fiche explicative patient

ANXIÉTÉ DUE À L'INCERTITUDE

- 1) En général, je suis anxieux(se) si je ne suis pas sûr(e) de mon diagnostic.
- 2) Dans la prise en charge du patient, je trouve l'incertitude déroutante.
- 3) Dans la prise en charge du patient, l'incertitude me met mal à l'aise.
- 4) Dans la prise en charge du patient, l'incertitude ne me dérange pas.
- 5) Dans la prise en charge du patient, l'incertitude me dérange souvent.

INQUIÉTUDES QUANT AUX CONSÉQUENCES NÉGATIVES

- 6) Lorsque je doute d'un diagnostic, j'imagine toutes sortes de scénarios catastrophes (décès du patient, procès...).
- 7) Je crains qu'on me reproche un manque de connaissances.
- 8) Lorsque je ne peux pas établir de diagnostic, je crains d'être accusé(e) de faute professionnelle.

RÉTICENCE À RÉVÉLER L'INCERTITUDE

- 9) Un médecin qui a des doutes sur le diagnostic devrait en faire part au patient.
- 10) Je fais toujours part aux patients de mes doutes.
- 11) Si je faisais part à mes patients de tous mes doutes, je perdrais leur confiance.
- 12) Faire part de mes doutes améliore ma relation aux patients.
- 13) Quand j'ai un doute sur le traitement à prescrire, je ne souhaite pas que mes patients le sachent.

RÉTICENCES À PARLER DE SES ERREURS AUX CONFRÈRES

- 14) Je ne parle presque jamais à mes confrères de mes erreurs diagnostiques.
- 15) Je ne parle jamais à mes confrères de mes erreurs de prise en charge.

ANNEXE N°2 : Questionnaire Médecin Initial (QMi)

Un immense merci d'avoir bien voulu participer à notre travail de thèse.

Nous vous proposons de répondre à ce questionnaire vous concernant. Vos réponses sont anonymes.

- Sexe :
 - Féminin
 - Masculin
- Âge :
 - 20 - 30 ans
 - 30 - 40 ans
 - 40 - 50 ans
 - 50 - 60 ans
 - + 60 ans
- Statut de médecin :
 - Je suis actuellement interne en SASPAS.
 - Je suis médecin généraliste remplaçant.
 - Je suis médecin généraliste installé.
- Depuis combien de temps exercez-vous la médecine générale (SASPAS inclus pour les personnes concernées) ?
 - 0 - 3 ans
 - 3 - 10 ans
 - 10 - 20 ans
 - 20 - 30 ans
 - 30 ans
- Type d'activité :
 - Rural
 - Semi rural
 - Urbain

Voici quelques questions liées à l'incertitude que vous pouvez ressentir lors de l'exercice de votre métier. Merci de répondre à chaque affirmation suivante en sélectionnant la case correspondant à votre avis.

Physicians' Reaction to Uncertainty Scale (USA, 1995),

Les réactions affectives des médecins face à l'incertitude diagnostique.

1) En général, je suis anxieux(se) si je ne suis pas sûr(e) de mon diagnostic.

<i>pas du tout d'accord</i>	<i>pas d'accord</i>	<i>plutôt pas d'accord</i>	<i>plutôt d'accord</i>	<i>d'accord</i>	<i>tout à fait d'accord</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

<i>pas du tout d'accord</i>	<i>pas d'accord</i>	<i>plutôt pas d'accord</i>	<i>plutôt d'accord</i>	<i>d'accord</i>	<i>tout à fait d'accord</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

<i>pas du tout d'accord</i>	<i>pas d'accord</i>	<i>plutôt pas d'accord</i>	<i>plutôt d'accord</i>	<i>d'accord</i>	<i>tout à fait d'accord</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

<i>pas du tout d'accord</i>	<i>pas d'accord</i>	<i>plutôt pas d'accord</i>	<i>plutôt d'accord</i>	<i>d'accord</i>	<i>tout à fait d'accord</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

<i>pas du tout d'accord</i>	<i>pas d'accord</i>	<i>plutôt pas d'accord</i>	<i>plutôt d'accord</i>	<i>d'accord</i>	<i>tout à fait d'accord</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

<i>pas du tout d'accord</i>	<i>pas d'accord</i>	<i>plutôt pas d'accord</i>	<i>plutôt d'accord</i>	<i>d'accord</i>	<i>tout à fait d'accord</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

<i>pas du tout d'accord</i>	<i>pas d'accord</i>	<i>plutôt pas d'accord</i>	<i>plutôt d'accord</i>	<i>d'accord</i>	<i>tout à fait d'accord</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

<i>pas du tout d'accord</i>	<i>pas d'accord</i>	<i>plutôt pas d'accord</i>	<i>plutôt d'accord</i>	<i>d'accord</i>	<i>tout à fait d'accord</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

<i>pas du tout d'accord</i>	<i>pas d'accord</i>	<i>plutôt pas d'accord</i>	<i>plutôt d'accord</i>	<i>d'accord</i>	<i>tout à fait d'accord</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10) Je fais toujours part aux patients de mes doutes.

<i>pas du tout d'accord</i>	<i>pas d'accord</i>	<i>plutôt pas d'accord</i>	<i>plutôt d'accord</i>	<i>d'accord</i>	<i>tout à fait d'accord</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

<i>pas du tout d'accord</i>	<i>pas d'accord</i>	<i>plutôt pas d'accord</i>	<i>plutôt d'accord</i>	<i>d'accord</i>	<i>tout à fait d'accord</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12) Faire part de mes doutes améliore ma relation aux patients.

<i>pas du tout d'accord</i>	<i>pas d'accord</i>	<i>plutôt pas d'accord</i>	<i>plutôt d'accord</i>	<i>d'accord</i>	<i>tout à fait d'accord</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

<i>pas du tout d'accord</i>	<i>pas d'accord</i>	<i>plutôt pas d'accord</i>	<i>plutôt d'accord</i>	<i>d'accord</i>	<i>tout à fait d'accord</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

<i>pas du tout d'accord</i>	<i>pas d'accord</i>	<i>plutôt pas d'accord</i>	<i>plutôt d'accord</i>	<i>d'accord</i>	<i>tout à fait d'accord</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

<i>pas du tout d'accord</i>	<i>pas d'accord</i>	<i>plutôt pas d'accord</i>	<i>plutôt d'accord</i>	<i>d'accord</i>	<i>tout à fait d'accord</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Merci pour vos réponses !

Vous venez de réaliser le premier questionnaire. Les prochains concerneront la manière dont vous appréhender les réactions à l'incertitude de vos patients.

ANNEXE N°3 : Questionnaire Patient (QP)

Dans un premier temps, voici quelques questions nous permettant de mieux cerner le contexte de la consultation qui vient d'avoir lieu.

- Sexe :
 - Masculin
 - Féminin
- Âge :
 - 18 - 29 ans
 - 30 – 39 ans
 - 40 - 49 ans
 - 50 - 59 ans
 - 60 - 69 ans
 - 70 – 79 ans
 - 80 ans et plus
- Catégorie socio-professionnelle : **professions et catégories socioprofessionnelles 2003, INSEE*
 - Exploitants agricoles
 - Artisans, commerçants, chefs d'entreprise
 - Employés (vendeurs, ambulanciers, secrétaire, policier selon grade, etc.)
 - Ouvriers
 - Cadres, professions intellectuelles supérieures, professions libérales ou assimilées
 - Professions intermédiaires (enseignants, infirmiers, techniciens, etc.)
 - Retraités
 - Inactif (sans activité professionnelle, chômeur n'ayant jamais travaillé, etc.)
 - Étudiant
- Le médecin que vous avez consulté aujourd'hui est-il votre médecin traitant ?
 - Oui
 - Non
- Combien de fois avez-vous consulté ce médecin ?
 - C'est la première fois aujourd'hui

- 2-4 fois
- 5-8 fois
- > 9 fois
- Vous avez l'impression que ce médecin vous connaît :
 - Pas bien
 - Un peu
 - Bien
 - Très bien
- Avez-vous consulté ce médecin aujourd'hui parce que vous ressentiez une douleur physique ?
 - Oui
 - Non
- Le médecin vous a prescrit :
 - Des médicaments.
 - Des examens complémentaires (prise de sang, radiographie, scanner...).
 - Des soins (kinésithérapie, infirmiers, orthophonie...).
 - Le médecin ne m'a rien prescrit.
- A-t-il demandé l'avis d'un autre médecin (spécialiste ou non) au cours de la consultation ? (Par téléphone par exemple) :
 - Oui
 - Non
- Vous a-t-il adressé à un médecin spécialiste (ex : rhumatologue, cardiologue, endocrinologue, chirurgien...) ?
 - Oui
 - Non
- Ce médecin souhaite-t-il vous revoir pour réévaluer votre état de santé ?
 - Oui
 - Non

Cette deuxième partie concerne l'incertitude que vous avez peut être ressentie chez votre médecin pour établir un diagnostic au cours de la consultation et de manière générale lorsque vous consultez un médecin.

L'incertitude est le fait de ne pas être sûr de quelque chose, de ne pas pouvoir l'affirmer clairement

- Avez- vous perçu de l'incertitude diagnostique dans cette consultation ?
 - Oui
 - Non
- Lors de cette consultation, je pense que le médecin a douté de son diagnostic :
 - Oui
 - Non

1. Dans cette consultation, j'ai trouvé l'incertitude du médecin déroutante.

<i>pas du tout d'accord</i>	<i>pas d'accord</i>	<i>plutôt pas d'accord</i>	<i>plutôt d'accord</i>	<i>d'accord</i>	<i>tout à fait d'accord</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Dans cette consultation, l'incertitude du médecin m'a mis(e) mal à l'aise.

<i>pas du tout d'accord</i>	<i>pas d'accord</i>	<i>plutôt pas d'accord</i>	<i>plutôt d'accord</i>	<i>d'accord</i>	<i>tout à fait d'accord</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Dans cette consultation, l'incertitude du médecin ne m'a pas dérangé(e).

<i>pas du tout d'accord</i>	<i>pas d'accord</i>	<i>plutôt pas d'accord</i>	<i>plutôt d'accord</i>	<i>d'accord</i>	<i>tout à fait d'accord</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Lors de cette consultation, je pense que le médecin a manqué de connaissances.

<i>pas du tout d'accord</i>	<i>pas d'accord</i>	<i>plutôt pas d'accord</i>	<i>plutôt d'accord</i>	<i>d'accord</i>	<i>tout à fait d'accord</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. En général, je suis anxieux(se) si le médecin n'est pas sûr(e) de son diagnostic.

<i>pas du tout d'accord</i>	<i>pas d'accord</i>	<i>plutôt pas d'accord</i>	<i>plutôt d'accord</i>	<i>d'accord</i>	<i>tout à fait d'accord</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Lorsqu'un médecin doute du diagnostic, j'ai tendance à imaginer toutes sortes de scénarios catastrophes.

<i>pas du tout d'accord</i>	<i>pas d'accord</i>	<i>plutôt pas d'accord</i>	<i>plutôt d'accord</i>	<i>d'accord</i>	<i>tout à fait d'accord</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Lorsque le médecin ne pose pas de diagnostic au cours d'une consultation, je pense qu'il s'agit d'une faute.

<i>pas du tout d'accord</i>	<i>pas d'accord</i>	<i>plutôt pas d'accord</i>	<i>plutôt d'accord</i>	<i>d'accord</i>	<i>tout à fait d'accord</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. De manière générale, un médecin qui a des doutes sur son diagnostic devrait en faire part au patient.

<i>pas du tout d'accord</i>	<i>pas d'accord</i>	<i>plutôt pas d'accord</i>	<i>plutôt d'accord</i>	<i>d'accord</i>	<i>tout à fait d'accord</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Un immense merci pour vos réponses
qui nous aideront beaucoup dans notre travail de thèse !
N'hésitez pas à nous contacter si vous avez des questions.

Marie-Agathe et Marie
Internes en médecine générale
Faculté de médecine Rangueil
Université Paul Sabatier, Toulouse
(31)
theseltd@gmail.com

ANNEXE N°4 : Questionnaire Médecin (QM)

Nous vous remercions de bien vouloir répondre aux questions suivantes concernant l'incertitude diagnostique ressentie lors de votre consultation. La plupart des questions concernent la manière dont s'est déroulée la consultation qui vient d'avoir lieu.

Ces questions ont été élaborées d'après le questionnaire "Physicians' Reactions to Uncertainty Scale" (USA, 1995).

Durée estimée : 1 minute.

Vos réponses sont anonymes.

Ce patient m'a consulté aujourd'hui à propos de (plusieurs choix possibles) :

- Une pathologie chronique
- Une pathologie aiguë
- Prévention
- Autre :

Si « Autre », précisez :

Lors de cette consultation, j'ai exprimé mon incertitude au patient :

- Oui
- Non

1) Dans cette consultation, je pense que le patient a trouvé mon incertitude diagnostique déroutante.

<i>pas du tout d'accord</i>	<i>pas d'accord</i>	<i>plutôt pas d'accord</i>	<i>plutôt d'accord</i>	<i>d'accord</i>	<i>tout à fait d'accord</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2) Dans cette consultation, je pense que mon incertitude diagnostique l'a mis(e) mal à l'aise.

<i>pas du tout d'accord</i>	<i>pas d'accord</i>	<i>plutôt pas d'accord</i>	<i>plutôt d'accord</i>	<i>d'accord</i>	<i>tout à fait d'accord</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3) Dans cette consultation, je pense que mon incertitude diagnostique ne l'a pas dérangé(e).

<i>pas du tout d'accord</i>	<i>pas d'accord</i>	<i>plutôt pas d'accord</i>	<i>plutôt d'accord</i>	<i>d'accord</i>	<i>tout à fait d'accord</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4) Je crains que ce patient me reproche un manque de connaissances.

<i>pas du tout d'accord</i>	<i>pas d'accord</i>	<i>plutôt pas d'accord</i>	<i>plutôt d'accord</i>	<i>d'accord</i>	<i>tout à fait d'accord</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5) En général, je pense que ce patient est anxieux si le médecin n'est pas sûr de son diagnostic.

<i>pas du tout d'accord</i>	<i>pas d'accord</i>	<i>plutôt pas d'accord</i>	<i>plutôt d'accord</i>	<i>d'accord</i>	<i>tout à fait d'accord</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6) Lorsqu'un médecin doute du diagnostic, je pense que ce patient a tendance à imaginer toutes sortes de scénarios catastrophes.

<i>pas du tout d'accord</i>	<i>pas d'accord</i>	<i>plutôt pas d'accord</i>	<i>plutôt d'accord</i>	<i>d'accord</i>	<i>tout à fait d'accord</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7) Lorsque je ne peux pas établir de diagnostic au cours d'une consultation, je crains que ce patient perçoive cela comme une faute.

<i>pas du tout d'accord</i>	<i>pas d'accord</i>	<i>plutôt pas d'accord</i>	<i>plutôt d'accord</i>	<i>d'accord</i>	<i>tout à fait d'accord</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8) Je pense que ce patient souhaiterait qu'un médecin qui a des doutes sur son diagnostic lui en fasse part.

<i>pas du tout d'accord</i>	<i>pas d'accord</i>	<i>plutôt pas d'accord</i>	<i>plutôt d'accord</i>	<i>d'accord</i>	<i>tout à fait d'accord</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ce questionnaire est terminé.

Merci d'y avoir répondu !

Marie-Agathe et Marie
Internes en médecine générale,
Toulouse.
theseltd@gmail.com

Présentation du travail de thèse :

Les réactions des patients face à l'incertitude médicale estimées par le médecin généraliste

Notre travail :

Nous faisons un travail sur le vécu du patient vis à vis de l'incertitude diagnostique en médecine générale. Plus précisément, nous cherchons à savoir si le médecin a une juste perception des réactions liées à l'incertitude de ses patients.

Comment allons-nous faire ?

Pour cela, nous allons utiliser un questionnaire codifié, issu d'une échelle validée (*The Physicians' Reactions to Uncertainty Scale, USA 1995*), qui a pour but d'évaluer les réactions du patient face à l'incertitude médicale. Ce questionnaire sera rempli par le patient et par vous-même à l'issue d'une consultation et notre travail sera de comparer les réponses de ces deux questionnaires.

Concrètement, comment ça se passe ?

Dans l'exercice de votre métier de médecin généraliste, l'incertitude est souvent présente en consultation.

Le but est de recruter des consultations au cours desquelles vous avez ressenti de l'incertitude par rapport à votre diagnostic pour un patient donné.

Voici trois cas de figures où nous estimons que vous pouvez avoir de l'incertitude en lien avec votre diagnostic :

- Si vous n'avez pas pu établir de diagnostic,
- Si votre diagnostic est incertain,
- Si vous avez émis plusieurs hypothèses diagnostiques.

Dans les cas suivants, en fin de consultation, nous vous proposons de présenter le questionnaire au patient de manière très simple en expliquant que vous avez accepté de participer à un travail de thèse pour aider des internes en médecine générale. Pour cela, en fin de consultation, vous devrez tous les deux remplir séparément un questionnaire sur la consultation qui vient d'avoir lieu. Celui que vous remplirez ne prendra qu'une minute.

Il suffit que votre patient vous donne son adresse e-mail pour pouvoir l'inclure dans la thèse, il recevra un lien pour répondre à son tour à un questionnaire (durée environ 4 minutes). Ses réponses sont anonymes et ne vous seront pas accessibles.

S'il demande plus d'informations, vous pouvez lui préciser que la thèse porte sur le vécu de l'incertitude médicale par les patients.

Le questionnaire est formulé de telle sorte à ce qu'il soit compréhensible et fluide, **que vous ayez exprimé ou non de l'incertitude, qu'il l'ait ressenti ou non**. Il n'y a donc pas besoin de préciser au patient que vous avez ressenti de l'incertitude lors de cette consultation. Lui faire remplir le questionnaire dans ces cas-là ne vous sera pas préjudiciable et sera tout aussi intéressant pour notre travail.

A savoir :

Le but de ce questionnaire n'est pas du tout de juger vos pratiques ni votre façon de gérer et de communiquer ou non l'incertitude médicale. Aucun jugement n'est porté sur vos réponses qui sont également anonymes.

Nous étudierons la concordance ou la différence entre les réponses que vous avez cochées et celles cochées par le patient. Nous tenterons également de voir si votre perception des réactions à l'incertitude du patient est plus ou moins proche de celles exprimées par le patient en fonction de certains critères : le sexe des patients, leur âge, les motifs de consultation, etc...

Combien de temps cela va vous prendre ?

Nous aimerions vous fixer un objectif de recrutement de **9 consultations au total**. Soit 3 consultations, et donc 3 patients, par semaine sur 3 semaines.

Vous pouvez bien entendu en recruter plus si vous le souhaitez ou que l'occasion se présente.

Comment procéder pour faire partie de notre thèse et inclure des patients ?

Pour ce travail de thèse et pour garantir une anonymisation parfaite des données, nous avons créé un logiciel sécurisé. Nous vous proposerons de créer un compte sur ce logiciel. Une fois le compte créé, vous devrez répondre à un questionnaire vous concernant, abordant vos propres réactions face à l'incertitude. Cela vous prendra cinq minutes maximum et vous n'aurez à le remplir qu'une seule fois. Vos réponses au questionnaire

seront bien entendu traitées de manière anonyme. Ce questionnaire nous sera utile pour des analyses secondaires.

Ensuite, quand une consultation répond à l'une des trois situations décrites précédemment et que votre patient répond aux critères d'inclusion (***patient majeur, parlant couramment la langue française et ayant accès à une connexion internet dans la journée***), vous pourrez ajouter un nouveau patient en entrant simplement son adresse mail sur le compte.

Un e-mail lui sera envoyé immédiatement. Automatiquement, s'ouvrira sur le logiciel la page où vous pourrez remplir le questionnaire le concernant (durée une minute).

Il est souhaitable que vous insistiez auprès du patient sur l'importance pour lui de remplir ce questionnaire car vous le ferez aussi et que les deux sont indissociables pour la pertinence de notre travail.

Vous souhaitez davantage d'informations sur le logiciel créé ?

Il s'agit du site internet <https://incertitude-test.applicatif.net>, créé via l'application KSAAR, application française.

L'ensemble des données personnelles utilisées par le site internet sont enregistrées dans la base de données de notre serveur web, hébergé par la société SAS Ksaar solutions.

L'anonymisation des données pour les analyses nécessaires pour notre thèse, se fait par l'attribution d'un identifiant unique composé de caractères alphanumériques généré aléatoirement et automatiquement.

Vous trouverez plus d'informations concernant le règlement général sur la protection des données sur notre site.

Aucune donnée personnelle n'est traitée lors de notre travail de thèse.

Pour toutes questions, vous pouvez nous contacter à cette adresse : theseltd@gmail.com, ou au 06 XX XX XX XX XX (portable Marie-Agathe) ou 06 XX XX XX XX (portable Marie).

Marie-Agathe et Marie
Internes en médecine générale
Faculté de Rangueil
Université Paul Sabatier, Toulouse (31)

EN PRATIQUE :

1. Je crée mon compte sur : <https://incertitude-test.applicatif.net/v2/customer/172654f1-1703-42dd-9e61-56d6ca05bf4a/firstPage>

2. J'inclus un patient à la fin d'une consultation où :
 - Mon diagnostic est incertain
 - J'ai émis plusieurs hypothèses diagnostiques
 - Je n'ai pas pu établir de diagnostic

Je n'ai PAS à partager nécessairement mon incertitude au patient.

3. Je me connecte à mon compte

4. Je clique sur « ajouter un patient » et je rentre l'adresse e-mail du patient

5. Je remplis le questionnaire qui s'ouvre sur la consultation qui vient d'avoir lieu, et insiste auprès du patient pour qu'il en fasse autant dès que possible.

6. C'est terminé pour ce patient ! Je renouvelle l'opération pour 8 autres patients.

MERCI !!

CONTACTS EN CAS DE PROBLEME :

Marie : 06 XX XX XX XX – Marie-Agathe : 06 XX XX XX XX

ANNEXE N°6 : Fiche Explicative Patient

Madame, Monsieur, cher patient,

Merci d'avoir accepté de participer à notre travail de thèse que nous réalisons dans le cadre de la fin de notre internat en médecine générale. Notre thèse porte sur ce que vous avez ressenti à la suite d'une consultation de médecine générale.

Nous vous proposons de répondre à un questionnaire sur la consultation qui vient d'avoir lieu avec votre médecin. Nous vous poserons quelques questions nous permettant de mieux cerner le contexte de la consultation puis des questions sur votre ressenti à la suite de cette consultation.

- Il vous prendra environ 4 minutes.
- Vos réponses sont bien entendu **anonymes**.
- Votre médecin n'en aura pas connaissance.

En pratique :

1. Vous recevrez par **mail** un lien vous permettant d'accéder au questionnaire ainsi qu'un code à restituer au début du questionnaire. **Pensez à vérifier vos spams !**
2. Copiez ou mémorisez le code.
3. Cliquez sur le lien vous redirigeant vers le questionnaire.
4. Collez le code ou bien sélectionnez-le parmi ceux proposés.

Soyez vigilants, les codes que nous vous proposerons sont très similaires !

5. Répondez au questionnaire (4 min).
6. C'est terminé !

En cas de problème ou questions, nous sommes à votre disposition : theseltd@gmail.com

Merci beaucoup pour votre participation !

Marie-Agathe et Marie, Internes en médecine générale
Faculté de médecine Ranguel, Université Paul
Sabatier, Toulouse (31)

Patients' reactions to medical uncertainty estimated by the general practitioner

Background: Medical uncertainty is ubiquitous in general practice. Its tolerance varies among physicians and patients. The physician's estimation of his patient's tolerance to uncertainty impacts his choices and techniques of communication of the uncertainty to the patient. **Aims:** To study the general practitioner's estimation of his patient's reactions to medical uncertainty during consultation. **Methods:** Descriptive epidemiological study based on the analysis of questionnaires transmitted via a specifically designed software. Following a consultation in which physicians had experienced diagnostic uncertainty, physicians and patients completed a similar questionnaire on the patient's reactions to medical uncertainty. A comparison of these two questionnaires with a study of their discrepancies was performed. **Results:** 34 physicians were included. 146 physician-patient questionnaires were matched: 62 revealed at least three discrepancies (42%), 71 at least two overestimations of the uncertainty tolerance (49%) and 29 at least two underestimations (20%). Underestimations were statistically significantly more prevalent among physicians with more than three years of experience ($p < 0.001$), whereas younger physicians were more likely to overestimate their patient's uncertainty tolerance ($p = 0.011$). **Conclusions:** Given the frequent underestimation of the patient's tolerance of uncertainty by the physician, it appears important for the latter not to rely on his perception when managing uncertainty. An accurate assessment of the patient's tolerance to uncertainty is difficult to envisage. To improve the patient's experience, the physician should systematically choose appropriate and positive techniques for communicating uncertainty.

Keywords: uncertainty, diagnosis uncertainty, uncertainty tolerance, general practitioners, primary health care, physician-patient relations, patient-centered care, communication, reactions, formation, medical students, patient satisfaction

**Les réactions des patients face à l'incertitude médicale
estimées par le médecin généraliste**

Introduction : L'incertitude médicale est omniprésente en médecine générale. Sa tolérance est variable chez les médecins comme les patients. L'estimation que le médecin a de celle de son patient impacte ses choix et techniques de communication de l'incertitude au patient. **Objectif :** Etudier l'estimation par le médecin généraliste des réactions face à l'incertitude médicale des patients l'ayant consulté. **Matériel et Méthodes :** Etude épidémiologique descriptive basée sur l'analyse de questionnaires transmis via un logiciel spécifiquement conçu. A la suite d'une consultation où les médecins avaient ressenti une incertitude diagnostique, médecins et patients remplissaient un questionnaire similaire portant sur les réactions du patient face à l'incertitude médicale. Une comparaison de ces deux questionnaires avec étude de leurs discordances était réalisée. **Résultats :** 34 médecins ont été inclus. 146 questionnaires médecins et patients ont été appariés : 62 ont révélé au moins trois discordances (42%), 71 au moins deux surestimations de la tolérance à l'incertitude (49%) et 29 au moins deux sous estimations (20%). Les sous estimations étaient de manière statistiquement significative plus présentes chez les médecins ayant plus de trois ans d'expérience ($p < 0.001$), alors que les jeunes médecins surestimaient davantage que les autres la tolérance à l'incertitude de leur patient ($p = 0.011$). **Discussion :** Compte tenu de la fréquente mésestimation de la tolérance à l'incertitude du patient par le médecin, il apparaît important pour ce dernier de ne pas se baser sur son simple ressenti lors de la gestion de l'incertitude. Une évaluation précise de la tolérance à l'incertitude du patient est difficile à envisager. Pour améliorer le vécu du patient, le choix du médecin devrait systématiquement se porter sur des techniques de communication de l'incertitude adaptées et positives.

Mots-Clés : incertitude, incertitude diagnostique, tolérance à l'incertitude, médecins généralistes, soins premiers, relation médecin-patient, soins centrés sur le patient, communication, réactions, formation, étudiants en médecine, satisfaction du patient

Directeur de thèse : Dr Emile ESCOURROU

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

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