

Année 2023

2023 TOU3 1010
2023 TOU3 1011

THÈSE

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

Présentée et soutenue publiquement
par

Alice GOURMAULT
Et
Camille GAUTHIER

Le 14 mars 2023

LES MÉTHODES DE GESTION DE L'INCERTITUDE EN SOINS PREMIERS, UNE REVUE SYSTÉMATIQUE DE LA LITTÉRATURE

Directeurs de thèse : Dr Bruno CHICOULAA et Dr Florence DURRIEU

JURY :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ
Monsieur le Professeur André STILLMUNKES
Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA
Madame le Docteur Florence DURRIEU
Monsieur le Docteur Samuel DURLIAT

Président
Assesseur
Assesseur
Assesseur
Assesseur

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux
Tableau des personnels HU de médecine
Mars 2022

Professeurs Honoraires

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

Professeurs Emérites

Professeur ARLET Philippe
Professeur BOUTAULT Franck
Professeur CARON Philippe
Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CHAP Hugues
Professeur GRAND Alain
Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LAURENT Guy
Professeur LAZORTES Yves
Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MARCHOU Bruno
Professeur PERRET Bertrand
Professeur RISCHMANN Pascal
Professeur RIVIERE Daniel
Professeur ROUGE Daniel

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. LARRUE Vincent	Neurologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. BERRY Antoine	Parasitologie	M. MALAVAUD Bernard	Urologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BRASSAT David	Neurologie	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
M. BUREAU Christophe	Hépto-Gastro-Entérologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chir. Orthopédique et Traumatologie	Mme RAUZY Odile	Médecine Interne
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophtalmologie	M. SIZUN Jacques (C.E)	Pédiatrie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. GAME Xavier	Urologie	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie

P.U. Médecine générale

M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

P.U. - P.H. 2ème classe	Professeurs Associés
M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique
M. COGNARD Christophe	Radiologie
Mme CORRE Jill	Hématologie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
Mme RUYSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie
P.U. Médecine générale	
M. MESTHÉ Pierre	
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	
Professeur Associé de Médecine Générale	
M. ABITTEBOUL Yves	
M. BOYER Pierre	
M. CHICOULAA Bruno	
Mme IRI-DELAHAYE Motoko	
M. POUTRAIN Jean-Christophe	
M. STILLMUNKES André	
Professeur Associé de Bactériologie-Hygiène	
Mme MALAUDAUD Sandra	

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. CMBUS Jean-Pierre	Hématologie	M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophtalmologie	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. CUROT Jonathan	Neurologie	Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PERROT Aurore	Hématologie
Mme DE GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SABOURDY Frédéric	Biochimie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	M. TAFANI Jean-André	Biophysique
Mme GALINIER Anne	Nutrition	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GASQ David	Physiologie	Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction		

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie
M. ESCOURROU Emile

Maîtres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale

M. BIREBENT Jordan
Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme FREYENS Anne
Mme LATROUS Leila
M. PIPONNIER David
Mme PUECH Marielle

Remerciements au Jury

À notre président de Jury,

Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ.

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury. Nous sommes reconnaissantes de l'intérêt que vous avez porté à notre travail. Nous tenions également à vous remercier pour les enseignements que vous nous avez apportés tout au long de l'internat. Veuillez trouver ici l'expression de notre profond respect et de notre gratitude.

À nos maîtres et Juges,

Monsieur le Professeur André STILLMUNKES.

Nous vous sommes reconnaissantes de votre présence dans ce jury et de l'attention que vous portez à notre travail en acceptant de le juger. Votre présence est d'autant plus précieuse pour nous qu'elle l'est au titre de votre investissement dans le pôle pédagogie. Soyez assurés de notre sincère gratitude.

Monsieur le Docteur Samuel DURLIAT.

Nous vous remercions sincèrement d'avoir accepté de participer à ce jury. Veuillez trouver ici le témoignage de notre reconnaissance.

Samuel, je suis particulièrement touchée que tu sois là pour notre thèse. Je garde un excellent souvenir de mon stage avec toi, et te remercie chaleureusement pour tout ce que tu m'as apportée. Merci d'être là. Camille

À notre directeur et notre directrice de thèse,

Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA et Madame le Docteur Florence DURRIEU.

Nous vous sommes reconnaissantes d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci de nous avoir accompagnés tout au long de ce travail. Vous avez rendu ce travail plaisant et enrichissant. Merci pour votre gentillesse, votre disponibilité et votre rigueur.

Remerciements de Camille

À mes parents, merci d'avoir toujours cru en moi. C'est grâce à vous que j'ai réussi ce long parcours. Maman, merci pour ton soutien sans faille à toutes les étapes de ma vie. Je n'ai pas de mots assez forts pour te dire à quel point je t'aime. Papa, j'ai gardé ton courage pour affronter la vie sans toi. Je t'admire et t'aime tant, tu me manques.

À mes oncles et tantes, merci d'avoir toujours veillé sur moi et d'avoir été présents dans les moments difficiles. À mes cousins et cousines, lorrains et outre-Atlantique.

À mes amis,

Estelle, mon amie d'enfance. Merci pour ton soutien et ta douceur.

Les Cirrhotiques, ma deuxième famille. Alex, je suis heureuse que tu fasses partie de ma vie et de voir que la distance ne change rien. Amélie, tu es un rayon de soleil, merci pour ton optimisme et ta douceur. Anaïs, merci d'être le parfait mélange entre la dark zouze et l'amie sur qui je peux compter. Babou, merci d'être un totoche survolté, on tâtonne encore avec le dosage de l'haldol mais ça va le faire. Chouchou, merci de partager mes fulgurances délirantes quand il le faut. Mon Dum, mon amie, merci pour ta douceur et ta tendresse, te voir heureuse me comble de bonheur. Etienne, merci pour ton humanité et ta gentillesse. Jaja, mon Julien, merci pour ton soutien sans faille, j'admire ta sensibilité, je suis fière d'être ton amie. Katia, merci d'être mon amie depuis toutes ces années. Mike, merci d'être là, la semaine dernière ! Nono, merci d'être ma sœur à vie, je suis heureuse que le temps et la distance n'aient fait que renforcer notre amitié. Paulo, merci pour ta spontanéité, ta tendresse, merci de partager avec moi ta douce folie depuis tout ce temps. Sido, merci pour ton soutien indéfectible, pour toutes ces années à tes côtés et celles qui suivront. Samou, merci d'être l'humain le plus tendre et le plus inadapté que je connaisse, merci pour ta sensibilité. Thibault, je suis heureuse de te voir heureux, merci d'être mon ami. Merci à JB et Guivid, pour votre joyeuse folie.

Isaure, merci d'être à mes côtés depuis toutes ces années. Lorraine, merci pour ton soutien permanent, merci pour la confiance que tu m'accordes. Aux fuxéens, Manon, merci pour tout ce que tu m'apportes, Gab, Nono, Maelle, Rémi...

Aux amis de l'internat, Béné, from Figeac to le monde entier ; Anne et Manu, quelle heureuse rencontre ; Loulou, Faustine et Mathilde pour cette fabulou coloco de l'Espinet...

À mes maîtres de stages et tous les professionnels de santé qui ont croisé mon parcours, Merci à l'équipe des urgences de Figeac ; merci à Claude Gendre ; merci à Olivier Pasquio de m'avoir enseigné ton approche de la médecine dans la bonne humeur ; merci à Laurence, Julie, Virginie, Elsa, Jeanne, Nelly, Véro, Sam et tant d'autres...

À Alice, merci de m'avoir fait confiance pour cette thèse. Merci pour ta bonne humeur et ta rigueur qui ont rendu ce travail plaisant. Je suis heureuse, à ce jour, de prêter serment à tes côtés.

À Léo, mon amoureux, mon compagnon de voyage, mon confident. Merci pour ton soutien sans faille et la tendresse que tu me portes.

Remerciements d'Alice

À mes parents, merci d'avoir été à mes côtés au cours de ces très longues années d'études, qui sans vous n'auraient pas été possibles. Votre soutien a été constant, aussi bien dans mes études que dans les nombreux déménagements qu'elles ont engendrés.

À mes sœurs, Delphine et Amélie, merci d'avoir été présentes pour moi. Vous avez assuré vos rôles de grandes sœurs par vos encouragements et le réconfort que vous m'avez apporté.

À mon compagnon, Simon, pour ta présence à mes côtés tout au long de cet internat, ainsi que ton secours concernant mes lacunes en informatique durant la réalisation de cette thèse. J'espère que cet aboutissement dans mes études sera le début d'une nouvelle vie épanouie ensemble.

À mes grands-parents, Marie, Bernard et Colette, merci des merveilleux souvenirs que vous m'avez laissé. Je sais que de là où vous vous trouvez, vous êtes fiers de moi.

À ma grande Chloé et mon petit Arthur, ma nièce et mon neveu qui égayent et animent (parfois beaucoup) nos vacances familiales.

À Camille, merci d'avoir accepté de faire cette thèse avec moi. Ca y est, on est arrivées au bout ! Toutes nos réunions téléphoniques ont été émaillées de rires qui ont rendu la tâche plus légère. Je suis ravie d'avoir réalisé cette thèse avec toi et je te souhaite tout le meilleur pour la suite.

À mes collègues et maîtres de stage de la vallée d'Aure. Vous m'avez accueillie avec sympathie, et m'avez permis et me permettez encore de me perfectionner et de me donner confiance. Ainsi, je veux dire un grand merci aux Dr Gaëlle Suteau, Dr Jean-Lin Marquié et Dr Jean-Yves Barraco pour leur accompagnement en tant que maîtres de stage pendant ma dernière année d'internat. Et un autre merci, tout aussi grand, aux Dr Hélène Jouinot, Dr Hélène Hayet, Dr Elsa Schroeder et Dr Clémence Robert de me permettre de travailler dans un environnement agréable et d'être aussi disponibles dans tous mes moments d'incertitude.

À Mitsy, Toupie, Pouf et Sousou, pour votre soutien inconscient et plus ou moins discret au fil des années. Vous êtes ou avez été les petits éléments apportant un grand réconfort.

À tous ceux qui d'une manière ou une autre, m'ont apporté une aide quelconque au cours de cette thèse, je vous remercie sincèrement.

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Table des matières

LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES.....	3
LISTE DES ABREVIATIONS.....	4
INTRODUCTION	6
MATERIEL ET METHODE :.....	9
1. Stratégie de recherche.....	9
2. Critères de sélection des articles : inclusion et exclusion.....	11
3. Sélection des articles	12
4. Évaluation de la qualité des études et extraction des données	12
RESULTATS	13
I. Stratégies cognitives	19
1. Démarche analytique	19
2. Intégration des données non biomédicales	20
3. Recherches documentaires	21
4. Solliciter l'avis d'un confrère	21
a. Demander de l'aide à un pair	22
b. Demander l'avis d'un autre spécialiste	22
5. Démarche intuitive	23
6. Planifier la prise en charge	24
a. S'aider du temps : "test of time", temporiser et réévaluer	24
b. Suivi et filets de sécurité	24
c. Dossier médical bien tenu	24
d. Épreuve thérapeutique et traitement symptomatique.....	25
7. Envisager des solutions alternatives.....	25
II. Stratégies relationnelles et éthiques.....	26
1. Créer une relation médecin-patient solide.....	26
2. Implication du patient dans la décision médicale partagée	29
III. Stratégies collectives	31
1. Soutien entre collègues.....	31
2. Avis de confrères d'autres spécialités	32
3. Groupes de pairs	33
IV. Stratégies émotionnelles	35
1. Acceptation de l'incertitude.....	35
2. La résilience.....	36
3. Stratégies luttant contre l'inquiétude, le stress	36
4. Stratégies luttant contre la frustration et les contrariétés.....	38
5. Stratégies luttant contre la déception et la tristesse	39
DISCUSSION.....	40
1. Discussion des résultats	40
a. Synthèse des résultats.....	40
b. Discussion	40
2. Forces et limites.....	45
a. Forces de l'étude	45
b. Limites de l'étude.....	46
3. Perspectives	47

CONCLUSION	48
BIBLIOGRAPHIE	49
ANNEXES	53

Liste des tableaux et des figures

Tableau 1 : Critères PICO.....	9
Tableau 2 : Bases de données et équations de recherche.....	10
Figure 1 : Diagramme de flux selon les recommandations PRISMA 2020.....	13
Tableau 3 : Caractéristiques des articles inclus.....	14

Liste des abréviations

AMSTAR : Assessing the Methodological quality of SysTemAtic Reviews

COREQ : COnsolidated criteria for Reporting Qualitative research

DC : District of Columbia

EBM: Evidence-Based Medicine

ECN : Épreuves Classantes Nationales

EDN : Épreuves Dématérialisées Nationales

FMC : Formation Médicale Continue

GEP : Groupe d'Échange de Pratique

GP : General Practitioner

GTT : Groupe Thématique Tutoré

IMRaD : Introduction, Method, Results and Discussion

MeSH : Medical Subject Headings

MG : Médecin Généraliste

NHMRC : National Health and Medical Research Council

PICO : Patient, Intervention, Comparateur, Outcome

PRISMA : Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta Analyses

PSA : Prostate Specific Antigen

SCRE : Situation Clinique Rencontrée Ecrite

STROBE : Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology

SUDOC : Système Universitaire de DOcumentation

RSCA : Récit de Situation Complexe Authentique

TCS : Test de Concordance de Script

UK : United-Kingdom

USA : United-States of America

« La médecine est une science de l'incertitude et un art de la probabilité » - W. Osler

« Ceux qui ont une foi excessive dans leurs idées ne sont pas bien armés pour faire des découvertes » - Claude Bernard

« La meilleure source de confiance est l'expérience » - maxime Jedi, Star Wars

Introduction

L'incertitude est omniprésente en médecine et représente un défi pour les chercheurs, les cliniciens et les patients. Elle est le moteur de la recherche médicale, et à plus petite échelle pousse chaque médecin à entreprendre des investigations pour ses patients (1).

L'exercice de la médecine en soins premiers ne fait pas exception, bien au contraire. Il est démontré que dans 70% des consultations de médecine générale, les situations cliniques rencontrées ne sont pas caractéristiques d'une maladie (2).

Plusieurs éléments font que l'incertitude est inhérente à la pratique de la médecine générale :

- Le médecin généraliste agit fréquemment à un stade précoce et peu différencié des maladies.
- Il dispose de moyens diagnostiques limités, sans le plateau technique de l'hôpital.
- Il doit prendre des décisions dans un temps court (18 min en moyenne) (3).

Au-delà des caractéristiques inhérentes à la consultation en médecine générale, il y a la complexité de certaines consultations. Cette complexité est source d'incertitude (4).

Un des enjeux de l'incertitude pour le médecin généraliste est de parvenir à s'en accommoder. En effet, il est démontré que la manière de gérer l'incertitude influence la décision médicale.

Pour évoquer la capacité d'un médecin à gérer l'incertitude, nous parlerons de tolérance à l'incertitude, comme cela est retrouvé dans la littérature.

Les déterminants de la tolérance à l'incertitude ont été étudiés. Il s'agit du contexte de la consultation, de facteurs liés au médecin (sa personnalité, son expérience), de facteurs liés au patient, de la relation entre les deux et de l'estimation du risque (5).

Malgré sa prépondérance dans l'exercice de la médecine, il n'y a que peu de place pour l'incertitude dans la formation initiale en 1^{er} et 2^{ème} cycles. À ce stade, les enseignements sont empreints d'un modèle de pensée linéaire biomédicale. Les progrès récents exigent d'enseigner une médecine de précision (6).

D'abord, les stages se déroulent principalement en milieu hospitalo-universitaire, où les étudiants sont éloignés de la réalité de la médecine dite "de ville". À titre d'exemple,

pendant toute la durée de l'externat, nous n'avons effectué qu'un stage de six semaines en cabinet de médecine générale.

De plus, les cas cliniques tirés des enseignements ne sont pas toujours représentatifs de la réalité.

Enfin, les méthodes d'évaluations lors des examens entretiennent l'idée qu'il n'y a qu'une bonne réponse, alors que la médecine est faite de nuances (7). Nos études ont donc tendance à façonner chez les futurs médecins une croyance erronée sur les notions de certitude et d'incertitude (8). Cependant, des changements récents dans les modalités d'évaluation ont vu le jour. En effet, des Tests de Concordance de Scripts (TCS) sont utilisés lors des examens semestriels. Ils seront également retrouvés dans les Épreuves Dématérialisées Nationales (EDN), remplaçant les Épreuves Classantes Nationales (ECN) à partir de l'année 2023 (9). Ces tests permettent d'évaluer le raisonnement clinique de l'étudiant en situation d'incertitude.

Pourtant, les médecins rapportent des difficultés à gérer et tolérer l'incertitude. Dans une étude menée chez les internes de médecine générale de Midi-Pyrénées, 55% des internes déclarent rencontrer des difficultés à gérer l'incertitude (10). Doit-on en conclure que l'incertitude exige d'être enseignée et entretenue comme une compétence à part entière (11)?

Les conséquences d'une mauvaise gestion de l'incertitude sur les praticiens, les patients et la société sont connues.

Pour le praticien, une mauvaise tolérance à l'incertitude est associée à une moindre satisfaction professionnelle, à davantage de stress, et au risque d'épuisement professionnel (5,12). Pour les internes de médecine générale de Midi-Pyrénées, 47% considèrent le métier de médecin généraliste éprouvant du fait de cette incertitude. Celle-ci représente une source d'anxiété pour 60% d'entre eux (10).

Pour le patient, l'incertitude est également associée à l'anxiété, mais aussi au risque d'erreurs médicales et d'obstination déraisonnable (13).

D'un point de vue sociétal, la quête de la certitude est une cause importante de prescription excessive d'examens complémentaires (14). De même, une moins grande capacité de collaboration en situation d'incertitude est associée à plus de prescriptions d'antibiotiques (15). En plus d'exposer les patients au risque iatrogène, cela implique des prescriptions coûteuses sans intérêt (16).

Malgré sa dimension délétère, l'incertitude peut être vécue comme une source de motivation. Elle permet également au praticien de maintenir sa vigilance (5).

Ce travail de recherche est né du constat qu'il manque des stratégies claires et validées pour gérer l'incertitude, quelle qu'en soit sa source (17). De nombreux articles ont été publiés sur le sujet entre 2017 et 2022 et il nous a paru nécessaire d'en élaborer une synthèse.

Nous avons réalisé une revue systématique de la littérature dont l'objectif principal était de fournir une synthèse des méthodes de gestion de l'incertitude en soins premiers.

Matériel et Méthode :

Une revue systématique de la littérature a été effectuée de février 2022 à mars 2022, selon les recommandations internationales PRISMA de 2020(18). Le travail de recherche a été mené par deux chercheuses (CG et AG), auteures de la thèse.

1. Stratégie de recherche

Notre question de recherche a été élaborée grâce à la méthode PICO. Les critères figurent en tableau 1.

Tableau 1 : Critères PICO

Population	Praticiens de soins premiers
Intervention	Mise en place de méthodes de gestion de l'incertitude
Comparaison	Non applicable
Outcome	Satisfaction professionnelle, qualité de travail, qualité de soins

La question a été la suivante : « quelles sont les méthodes de gestion de l'incertitude en soins premiers » ?

Afin de répondre à cette question, nous avons interrogé les bases de données suivantes : PubMed, Web Of Science, Embase et Cochrane Library. Nous avons également effectué une recherche dans la littérature grise à travers le catalogue SUDOC et la base Google Scholar, dans le but de limiter le biais de sélection.

A partir de la question de recherche, nous avons identifié des mots-clés pertinents, avec l'aide d'une bibliothécaire de l'Université Paul Sabatier à Toulouse. Nous avons retenu trois mots-clés : incertitude, praticiens de soins premiers et gestion.

Ensuite, pour générer l'équation de recherche, une traduction en anglais de ces mots-clés a été obtenue à partir du thésaurus MeSH. Nous avons obtenu les mots-clés MeSH

suivants : uncertainty, physicians, primary care. Pour le mot-clé “gestion”, nous avons utilisé une traduction simple en anglais : manage, managing.

Les équations de recherche sont présentées dans le tableau 2.

Tableau 2. Bases de données et équations de recherche :

Base de données	Équation de recherche
Pubmed	(uncertainty[MeSH Terms]) AND ((manage[Title/Abstract]) OR (primary care[MeSH Terms]) OR (physicians[MeSH Terms]) OR (managing[Title/Abstract]))AND (2000:2022[pdat])
Web Of Science	TI=(uncertainty) AND TS=(manag*) AND (TS=(primary care) OR TS=(physician*)) 2000-2022
Embase	('uncertainty'/mj OR uncertainty:ti) AND (physician*:ti,ab,kw OR 'physician'/exp OR 'primary medical care':ti,ab,kw OR 'primary medical care'/exp) AND manag*:ti,ab,kw AND [2000-2022]/py
Google Scholar	allintitle: +uncertainty "primary care" OR "general practice" OR physician OR physicians
Cochrane Library	“uncertainty”
SUDOC	incertitude médecine

2. Critères de sélection des articles : inclusion et exclusion

Afin d'être incluses pour analyse au sein de notre revue systématique, les références ont été confrontées aux critères d'éligibilité.

- Critères d'inclusion :

- Études portant sur les méthodes de gestion de l'incertitude en soins premiers.
- Population étudiée incluant obligatoirement les médecins de soins premiers, expérimentés ou non, y compris les internes en médecine générale.
- Type d'article : revues systématiques, méta-analyses, études qualitatives, études observationnelles et interventionnelles.
- Lieu d'étude : monde entier.
- Date de publication : à partir du 1er janvier 2000.

- Critères d'exclusion :

- Études ne développant pas de stratégies de gestion de l'incertitude.
- Population n'incluant pas de médecins de soins premiers.
- Type d'étude non précisé.
- Type d'étude : revues narratives, éditoriaux, articles d'opinion, livres.
- Plan d'étude ne répondant pas aux critères IMRaD.
- Langue de publication autre que le français, l'anglais ou l'espagnol

3. Sélection des articles

La sélection des articles s'est faite selon trois étapes successives, en respectant les critères d'éligibilité :

- Première sélection : lecture du titre après exclusion des doublons.
- Deuxième sélection : analyse du résumé des références sélectionnées.
- Troisième sélection : récupération et analyse de la version intégrale des articles restants.

Les références bibliographiques des articles sélectionnés ont également été sondées, en suivant le même procédé de sélection.

Chaque étape de sélection a été menée par l'une et l'autre des deux chercheuses, de façon indépendante. À la fin de chacune des trois étapes, les données ont été mises en commun. Tout désaccord était résolu par la discussion entre les deux chercheuses et les directeurs de thèse. Lors de la sélection des articles, le logiciel Mendeley® a été utilisé comme logiciel de référence bibliographique.

Une veille documentaire manuelle a été réalisée jusqu'en octobre 2022 afin de limiter le biais de sélection.

4. Évaluation de la qualité des études et extraction des données

Chaque article remplissant les critères d'éligibilité a été analysé.

Nous avons recueilli les données suivantes dans le tableau 2 : titre, auteur, année de publication, schéma d'étude, lieu d'étude, population étudiée, objectif de l'étude, résultats, analyse qualitative, financement et conflit d'intérêts.

Pour évaluer la qualité des articles, nous avons utilisé une grille de lecture adaptée au type d'étude. Pour les études qualitatives, nous avons utilisé la grille d'évaluation COREQ (19). Pour l'étude observationnelle, nous avons utilisé la grille d'évaluation STROBE (20). Pour la revue systématique, nous avons utilisé la grille d'évaluation PRISMA 2020 (18) pour la qualité méthodologique et la grille AMSTAR (21) pour la qualité du rapport.

Résultats

L'ensemble des données sur la sélection des articles est résumé dans le diagramme de flux (Figure 1).

La liste des articles exclus après lecture du texte intégral et les raisons de leur exclusion figurent en Annexe 1.

Au total, 7 articles ont été inclus dans notre revue systématique de la littérature (Tableau 3).

Nous avons décidé de présenter les résultats à travers les 4 grands thèmes qui ont émergé lors de la lecture de l'ensemble des articles.

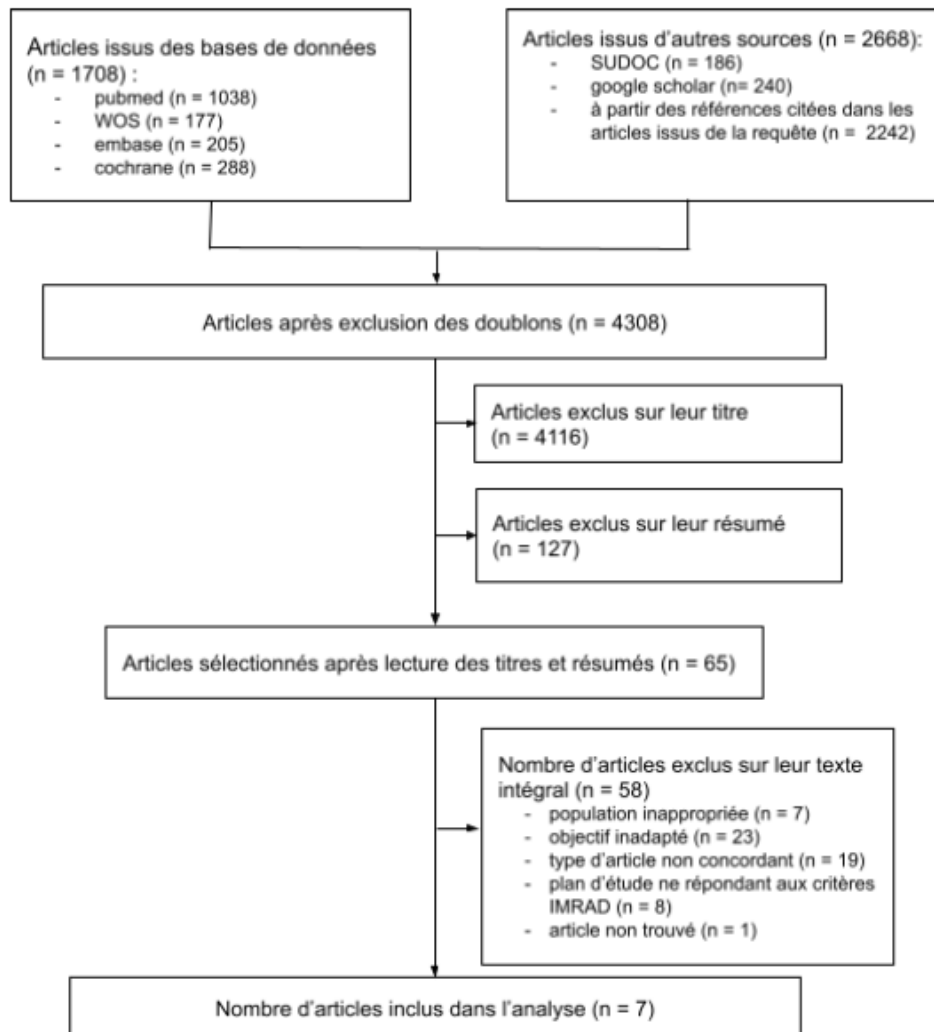


Figure 1 : Diagramme de flux selon les recommandations PRISMA 2020.

Tableau 3 : Caractéristiques des articles inclus

Titre de l'article	Auteur	Année	Schéma d'étude	Pays	Objectif de l'étude	Population étudiée	Qualité	Financement et conflits d'intérêts
Diagnosing skin disease in primary care: a qualitative study of GPs' approaches.	Rübsam	2015	Étude qualitative par entretiens individuels	Allemagne	Exploration des approches diagnostiques et des stratégies utilisées par les MG pour gérer l'incertitude diagnostique auprès de ces patients.	14 médecins généralistes	COREQ 21/32	Financée par département de médecine générale de l'université de Marburg. Aucun conflit d'intérêts
Résultats utiles	<ul style="list-style-type: none"> - Exclure un diagnostic grave et identifier les drapeaux rouges avant d'envisager l'hypothèse diagnostique la plus probable - "Test of time" : temporiser sans instaurer de traitement et réévaluer - Épreuve thérapeutique - Demande d'avis et recherche bibliographique 							
General practitioners' experiences of, and responses to, uncertainty in prostate cancer screening: Insights from a qualitative study.	Pickles	2016	Étude qualitative par entretiens individuels	Australie et UK	Exploration de la perception et des expériences des MG face à l'incertitude liée au dosage du PSA à travers la classification de Han. Description des stratégies utilisées pour gérer l'incertitude.	69 médecins généralistes (40 australiens et 29 britanniques)	COREQ 22/32	Compensation financière des participants. Étude financée par subvention du NHMRC. 2 ^{ème} auteure soutenue par bourse du NHMRC
Résultats utiles	<ul style="list-style-type: none"> - Prise en charge de l'incertitude par le MG lui-même, seul - Impliquer le patient et d'autres professionnels de santé pour une décision médicale partagée - Déléguer la responsabilité de la décision à un tiers (patient ou autre professionnel de santé) <p>Les deux dernières stratégies étaient surtout utilisées pour gérer l'incertitude liée à l'ambiguïté (liée aux reco contradictoires) et à la complexité (liée aux critères cliniques flous ou à la difficulté d'évaluer la compréhension du patient)</p>							

Tableau 3 : Caractéristiques des articles inclus

Titre de l'article	Auteur	Année	Schéma d'étude	Pays	Objectif de l'étude	Population étudiée	Qualité	Financement et conflits d'intérêt
Managing diagnostic uncertainty in primary care: A systematic critical review	Alam	2017	Revue systématique	Australie, USA, Finlande, Allemagne et UK	Synthétiser les stratégies, les compétences et traits de personnalité qui rentrent en jeu dans la gestion de l'incertitude des médecins généralistes.	10 articles portant partiellement ou entièrement sur les soins premiers	PRISMA 18/27 AMSTAR 8/11	Aucun
Résultats utiles	<p>Dans le domaine cognitif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Considération de l'environnement biopsychosocial du patient - Soutien des collègues - Utiliser des filets de sécurité et le "test of time" - Programmes d'aide à la gestion de l'incertitude (groupes de pairs), bases de données électroniques. <p>Dans le domaine émotionnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accepter l'incertitude, inévitable en médecine générale - Écouter son intuition ou "gut feeling" - Résilience <p>Dans le domaine éthique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prise en compte des possibles réactions négatives du patient avant de communiquer l'incertitude - Communication, approche centrée sur le patient 							

Tableau 3 : Caractéristiques des articles inclus

Titre de l'article	Auteur	Année	Schéma d'étude	Pays	Objectif de l'étude	Population étudiée	Qualité	Financement et conflits d'intérêt
Practice Inquiry: Clinical Uncertainty as a Focus for Small-Group learning and Practice Improvement	Sommers	2017	Étude qualitative par entretiens sous forme de groupes de pairs	USA, Californie	Étude de l'intérêt auprès des praticiens de soins premiers de la création de groupe de « Practice Inquiry » Description du fonctionnement des groupes et suggestions pour les futures recherches.	7 groupes : 47 médecins de famille, 19 médecins internistes généralistes, 4 infirmières praticiennes, 1 médecin assistant, 3 praticiens "surspécialisés"	COREQ 24/32	Aucun
Résultats utiles	<p>- Les groupes de discussion permettent de reconnaître l'incertitude, de faire valider ses préoccupations par ses pairs, d'entraîner une émulation suscitant de nouvelles réflexions et de nouvelles idées et pouvant déboucher sur un changement des pratiques.</p> <p>- Du point de vue des participants, ces groupes permettent d'obtenir le point de vue des collègues, de développer une confiance en groupe et de se renouveler en apprenant de nouvelles compétences ou connaissances.</p> <p>La plus grande limitation étant le temps disponible pour de telles rencontres.</p> <p>Sur 10 groupes créés, 7 se réunissent encore à la fin de l'étude.</p>							
Socializing Identity Through Practice: A Mixed Methods Approach to Family Medicine Resident Perspectives on Uncertainty	Ledford	2015	Étude mixte : enquête qualitative puis quantitative	USA, Washington DC	Exploration des perceptions et réactions à l'incertitude par les internes de MG. Étudier l'évolution de leurs réactions à l'incertitude au cours du temps.	Internes en MG de 1ère, 2ème et 3ème année (21 pour l'étude qualitative, 16 pour l'enquête quantitative)	COREQ 16/32 STROBE 13/22	Aucun
Résultats utiles	<p>- Stratégies personnelles : recherche bibliographique, en confrontant différentes sources (littérature, recommandations pour la pratique clinique) pour dégager une information pertinente. Recherche d'informations biomédicales par le biais des examens complémentaires.</p> <p>- Stratégies relationnelles : impliquer le patient, prendre l'avis d'un collègue (pairs, enseignants) lorsque l'incertitude est liée à un manque d'expérience, demander de l'aide à un spécialiste en cas de manque d'expertise.</p> <p>- Stratégies collectives : ensemble de comportements et de méthodes de communication pour être à l'aise avec l'incertitude, inhérente à la médecine de famille.</p>							

Tableau 3 : Caractéristiques des articles inclus

Titre de l'article	Auteur	Année	Schéma d'étude	Pays	Objectif de l'étude	Population étudiée	Qualité	Financement et conflits d'intérêts
<p>Gérer l'incertitude diagnostique en médecine générale. Analyse des réponses mises en œuvre par les médecins généralistes. Proposition d'outils d'aide à la gestion de l'incertitude diagnostique.</p>	Clavier	2021	Thèse, étude qualitative par entretiens individuels	France, Auvergne	Découvrir différentes manières de gérer l'incertitude diagnostique	8 médecins généralistes ayant une expérience allant de 1 à 57 ans	COREQ 24/32	Aucun
<p>Résultats utiles</p>	<p>Gestion de la démarche diagnostique : Anamnèse et examen clinique rigoureux, éliminer les urgences, examens complémentaires, demande d'avis ou de consultation spécialisée, demande d'avis à un confrère, programmer un suivi, traitement d'essai, recherches documentaires, dossier médical bien tenu.</p> <p>Gestion de la communication : - expliquer : partager son incertitude et son raisonnement avec le patient, présenter les hypothèses et la démarche diagnostiques, éducation du patient - rassurer : le patient et soi-même - faire preuve d'honnêteté et de transparence - s'adapter au patient dans sa manière de communiquer, rôle du mensonge - décision partagée, renforcer une relation de confiance</p> <p>Gestion des émotions : - inquiétude : rôle du partage et de l'échange autour de l'incertitude, analyser les situations antérieures pour tirer des leçons, se rassurer en adaptant le suivi du patient - frustration, contrariété : reconnaître ses faiblesses pour s'améliorer, accepter les situations qu'on ne peut pas changer - tristesse, déception : relativiser, valoriser ses points forts.</p>							

Tableau 3 : Caractéristiques des articles inclus

Titre de l'article	Auteur	Année	Schéma d'étude	Pays	Objectif de l'étude	Population étudiée	Qualité	Financement et conflits d'intérêt
Les groupes d'analyse de pratiques en 3 ^{ème} cycle de médecine générale : étude qualitative de leur apport dans la formation à la gestion de l'incertitude diagnostique	Accarier	2018	Thèse, étude qualitative par entretiens individuels et focus group	France, Rhône-Alpes	Exploration des stratégies de gestion de l'incertitude diagnostique en médecine générale. Étude de l'impact des Groupes d'Analyses de Pratique dans la gestion de l'incertitude des jeunes médecins généralistes.	14 jeunes MG internes ou ayant fini leur internat depuis moins de 4 ans.	COREQ 21/32	Aucun
Résultats utiles	<p>Gestion de la démarche diagnostique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Démarche analytique : écarter l'urgence d'abord, se recentrer sur des faits objectifs, dossier médical à jour. - Recherche des données actuelles de la science. - Examens paracliniques. - Avis d'un confrère : autre spécialiste, soutien d'un pair. - Intégration des données psychosociales et environnementales. - Intuition, sentiment clinique et expérience. - Relation médecin-patient solide et communication. <p>Gestion de la démarche décisionnelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Temporiser et surveiller. - Proposition d'un traitement symptomatique. - Patient décisionnaire : ordonnances différées, choix entre différentes options de prise en charge. - Sortir du cadre médecine traditionnelle. <p>Apports du Groupe d'Analyse de Pratique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Soutien psychologique : briser la solitude, extérioriser les tensions négatives. - Expertise de groupe dans l'apprentissage : offre une réflexion commune et un partage d'expérience, améliore les compétences en communication. - Renforcement et actualisation des connaissances. - Réappropriation du savoir appliqué à la médecine générale : pont entre la pratique et la médecine fondée sur les preuves, savoir biomédical enrichi du champ psychosocial. 							

I. Stratégies cognitives

Dans ce chapitre, nous abordons l'ensemble des méthodes cognitives qui sous-tendent la démarche médicale en situation d'incertitude.

En situation d'incertitude, la démarche médicale est rarement linéaire, et le médecin est amené à prendre des décisions sans avoir établi de diagnostic (22).

1. Démarche analytique

La démarche analytique était présentée comme permettant au médecin d'appuyer sa décision sur des informations biomédicales objectives, via un raisonnement hypothético-déductif (22). Il était primordial, pour les jeunes médecins interrogés dans la thèse d'E. Accarier, de se recentrer sur des éléments objectifs pour éviter de se disperser.

Pour cela, trois études qualitatives ont placé la rigueur dans l'anamnèse et l'examen clinique parmi leurs stratégies de gestion de l'incertitude (22–24). Ces mêmes études ont également souligné l'importance d'écarter les diagnostics préoccupants en sondant les signes cliniques alarmants.

L'étude de Rüksam (23), explorant l'incertitude liée aux motifs dermatologiques, a montré qu'après avoir exclu les diagnostics graves, les médecins s'occupaient de l'étiologie la plus fréquente du problème présenté. Pour cela, ils se servaient des signaux d'alarme, aussi appelés drapeaux rouges en pratique courante, pour s'orienter rapidement entre le fait de poursuivre la prise en charge eux-mêmes ou d'adresser le patient à un autre spécialiste.

Les examens complémentaires, à condition d'être utilisés sans excès, étaient également décrits comme un moyen judicieux d'obtenir des informations biomédicales objectives, d'après trois études qualitatives (22,24,25).

Les jeunes médecins de la région Rhône-Alpes interrogés par E. Accarier (22) ont expliqué prescrire des examens complémentaires pour différentes raisons : pour faire avancer la démarche diagnostique, pour se rassurer et par souci médico-légal.

Pour les médecins participant à la thèse d'A. Clavilier (24), la demande d'examens complémentaires était une ressource importante en situation d'incertitude. Elle a d'ailleurs été retrouvée dans tous les entretiens. Là où les examens biologiques permettaient de trancher rapidement entre une prise en charge ambulatoire et hospitalière et d'éliminer

l'urgence, les examens d'imagerie, avec leurs délais d'accès souvent plus longs, étaient plutôt demandés pour étayer la recherche diagnostique.

Dans l'étude menée par Ledford (25), les internes en médecine de famille à Washington DC ont également déclaré rechercher des informations biomédicales à travers les examens paracliniques, afin de réduire l'incertitude diagnostique et/ou thérapeutique.

Grâce à l'interrogatoire, le médecin pouvait déjà formuler des hypothèses, qu'il cherchait à confirmer ou infirmer grâce à son examen clinique voire des explorations paracliniques (22,24).

D'après la thèse d'E. Accarier (22), cette démarche analytique, née de l'Evidence-Based-Medicine, permettait de créer un cadre dans les situations d'incertitude où les tableaux cliniques étaient parfois flous.

2. Intégration des données non biomédicales

La revue systématique de la littérature de R. Alam (26) a inclus deux articles qui ont démontré l'intérêt de la considération du patient et de sa situation biopsychosociale singulière. Une meilleure connaissance du patient était donc une des stratégies permettant de réduire l'incertitude diagnostique.

Les jeunes médecins généralistes interrogés au cours de la thèse d'E. Accarier (22) ont évoqué la variabilité inter-individuelle qui les forçait à adapter la mise en application de leurs connaissances. Cinq entretiens ont également révélé que les jeunes médecins portaient une attention particulière aux données psychosociales et environnementales du patient, mais aussi au contexte dans lequel la situation avait lieu, surtout lorsque les signes objectifs manquaient.

Les médecins généralistes interviewés dans la thèse d'A. Clavilier (24) ont affirmé utiliser, suivant la situation, des éléments subjectifs tels que l'attitude, la façon de marcher ou le ton de la voix du patient, pour compléter leur démarche diagnostique.

L'intégration de ces données via l'écoute, l'observation et l'empathie envers le ressenti du patient, participaient d'une approche centrée sur le patient (26).

3. Recherches documentaires

Six articles ont abordé le thème de la recherche documentaire, que ce soit pendant la consultation ou en dehors de celle-ci (22–27).

La recherche bibliographique permettait au médecin de renforcer et d'enrichir ses connaissances (22,24) tout en se tenant à jour des données actuelles de la science (25).

Son rôle dans la gestion de l'incertitude a été largement décrit à travers les études. Confronté à un cas clinique, le praticien recherchait les informations dont il avait besoin pour faire avancer sa démarche diagnostique (22,24,25). Dans les situations inédites, cela lui permettait de ne pas se sentir démuni (24). Deux articles ont mentionné la recherche documentaire comme un moyen de réduire l'incertitude face à un motif dermatologique, par exemple en comparant la lésion du patient à une iconographie (24,27).

La recherche a également été décrite comme un moyen de conforter une hypothèse diagnostique (24) et ainsi de se rassurer (22).

Consulter les recommandations de pratiques cliniques avant de prendre une décision (25,27), vérifier la prise en charge thérapeutique d'une pathologie inhabituelle (22,24), étaient autant de stratégies visant à baliser la démarche du médecin en situation d'incertitude.

Internet, avec les bases de données électroniques, les sites et revues de référence, représentait la principale source d'informations pour les praticiens (22,24,26). Cela était valable surtout pour les jeunes médecins, pour qui internet était indispensable pour accéder rapidement à de nombreuses données médicales (24,26).

Quelques articles ont cité d'autres sources d'information : littérature (23), revue scientifique (24) et recommandations de pratique clinique (25,27). La Formation Médicale Continue (FMC) a été également mentionnée dans une étude (24).

4. Solliciter l'avis d'un confrère

Cette stratégie a été abordée dans tous les articles de notre revue.

En sollicitant un autre professionnel de santé, le médecin de soins premiers pouvait partager son incertitude, obtenir un nouveau point de vue, tout en profitant de l'expertise et des connaissances de ses confrères (22–28).

Les articles ont montré que le médecin s'orientait vers différents professionnels en fonction de ses besoins.

a. Demander de l'aide à un pair

Il y avait d'abord l'aide apportée par les pairs. Par exemple, les collègues du même cabinet, des amis, des co-internes ou des maîtres de stage (22,24,25).

Ainsi, dans l'étude de Rübsam (23), quelques médecins généralistes préféraient consulter leurs collègues généralistes avant d'adresser le patient au spécialiste.

Cinq études ont montré comment solliciter l'avis d'un collègue représentait une ressource précieuse pour gérer l'incertitude (22,24–27). Cela permettait de réfléchir à plusieurs (26,28), d'enrichir son savoir (27) et de se prémunir contre une erreur (24).

Pour les médecins interrogés par A. Clavilier (24), il s'agissait d'une stratégie majeure pour améliorer la prise en charge du patient en situation d'incertitude. Pour l'un d'eux, solliciter un collègue permettait d'obtenir un deuxième regard pendant la consultation, notamment en dermatologie. Deux autres ont décrit demander de l'aide à un de leur collègue parce qu'il avait une formation solide sur un domaine particulier. Deux médecins ont également rapporté que, lorsqu'ils étaient confrontés à une pathologie inédite, ils faisaient appel à des médecins plus âgés de leur entourage.

Le recours à l'avis d'un pair pouvait se faire pendant la consultation, à condition d'être bien vécu par le patient. Généralement, il se faisait en dehors de celle-ci : pendant une pause, entre midi et deux, que ce soit directement, par téléphone ou via un carnet de correspondance entre remplaçant et remplacé (22,24).

Dans le cadre de réunions programmées ou des groupes de pairs, cette stratégie est abordée dans un prochain chapitre.

b. Demander l'avis d'un autre spécialiste

Il y avait ensuite l'aide apportée par un autre spécialiste, sollicité pour diverses raisons explicitées dans six articles (22–27).

Dans l'article de Rübsam (23) et la thèse d'A. Clavilier (24), en présence de drapeaux rouges ou de signes de complications, les médecins sollicitaient une consultation rapide ou appelaient directement le spécialiste pour obtenir son avis. En dermatologie, la discussion téléphonique permettait de joindre une photographie de la lésion (23).

L'appel téléphonique était incontournable lorsque les délais de consultations étaient longs et que le degré d'urgence était flou. De même, si une consultation urgente était nécessaire, l'appel du médecin était une condition sine qua non pour obtenir un rendez-vous rapide (24).

Face à une situation controversée, comme le dosage du PSA dans le dépistage du cancer de la prostate abordé par K. Pickles (27), certains médecins ont complètement délégué la responsabilité de la prise de décision au médecin expert.

5. Démarche intuitive

La démarche intuitive, à l'instar de la démarche analytique, a été retrouvée dans la majorité des articles inclus (22,24,26,27).

Elle est née du constat que la science n'a pas réponse à tout (27) et que l'incertitude est inévitable en médecine de soins premiers (26). Il existe des cas où les arbres décisionnels ne s'appliquent pas (24). Il existe des cas où la démarche rationnelle trouve ses limites (22). Selon les internes participant à l'étude de Ledford (25), chaque patient étant différent, cela réduisait le champ d'application des recommandations.

Dans les situations où le raisonnement rationnel ne suffisait pas à trancher, le médecin se servait alors de son intuition. Il faisait intervenir d'autres variables pour conforter son hypothèse, parfois de façon inconsciente (22). Ces variables étaient le "gut feeling" (26), le sentiment clinique (22) ou le ressenti vis-à-vis du patient (24).

Pour apporter les données manquantes, il faisait donc appel à des critères subjectifs (24), guidé par un raisonnement analogique, son expérience clinique (22) et des éléments de sa personnalité (26).

6. Planifier la prise en charge

En situation d'incertitude, le fait de poser un cadre de prise en charge a été retrouvé dans la plupart des articles.

a. S'aider du temps : "test of time", temporiser et réévaluer

Le "test of time" ou épreuve du temps en français était une stratégie citée par quatre articles de notre revue (22–24,26).

En partant du postulat qu'une situation d'incertitude se gère en plusieurs consultations (23,24), le médecin pouvait décider de laisser la pathologie évoluer pour son propre compte avant de réévaluer le patient. Cela n'était possible qu'une fois l'urgence écartée (22–24).

Le praticien temporisait, en prévoyant de revoir le patient à distance, le temps de la réflexion ou d'effectuer des recherches personnelles (24). Lors de la consultation suivante, il pouvait obtenir plus d'informations si d'autres signes étaient apparus ou au mieux constater que le patient était guéri (22–24).

b. Suivi et filets de sécurité

Les filets de sécurité ont été mentionnés dans trois études (22,24,26). Il s'agissait de l'ensemble des techniques mises en place par le clinicien, via l'éducation du patient, afin que ce dernier soit en mesure d'effectuer son propre suivi (24).

Dans la thèse d'A. Clavilier (24), les médecins ont mis l'accent sur l'utilisation de cette technique en pédiatrie. À l'issue de la consultation, les parents devaient connaître l'évolution habituelle des symptômes de leur enfant, mais aussi les signes devant les amener à consulter à nouveau.

Pour réévaluer la situation, le médecin pouvait programmer une nouvelle consultation, rappeler le patient, ou simplement se rendre disponible (22,24).

c. Dossier médical bien tenu

Deux articles ont abordé la tenue du dossier médical (22,24).

Le dossier médical, lorsqu'il était bien tenu, facilitait la prise en charge en situation d'incertitude. Pour le médecin, son remplaçant et ses collègues, c'était une synthèse de ce

qui avait été fait, pensé, essayé, et de ce qui était envisagé. Le dossier médical constituait également une preuve en cas de litige, dans une société de plus en plus procédurière (24).

d. Épreuve thérapeutique et traitement symptomatique

Cette solution était appliquée par le médecin sans qu'il n'y ait de diagnostic franchement établi ou même suspecté (22–24). Cela pouvait passer par l'instauration d'un traitement à visée symptomatique (23). En plus de proposer une solution à un symptôme, ce traitement était perçu comme une action symbolique, signant une surveillance active (22).

Certaines situations d'incertitude pouvaient également amener le praticien à mettre en place une épreuve thérapeutique, comme cela a été décrit dans la thèse d'A. Clavilier (24) et l'étude de Rübsam (23). Cela était valable lorsque la consultation avec un spécialiste ne pouvait être obtenue dans des délais raisonnables, ou lorsqu'elle n'était pas indispensable. En fonction de l'hypothèse présumée, le praticien proposait un ou plusieurs traitements d'essai servant de test diagnostique. Les deux articles ont illustré l'utilisation de cette épreuve thérapeutique en dermatologie.

Les médecins participants à la thèse d'A. Clavilier (24) ont discuté des effets indésirables devant retenir l'attention du clinicien avant de prescrire le ou les traitements les moins à risque.

7. Envisager des solutions alternatives

Certains jeunes médecins interrogés par E. Accarier (22) se sont tournés vers des techniques de médecine non conventionnelle lorsqu'ils étaient à court de solutions pour leurs patients. L'un d'eux a mentionné l'ostéopathie.

II. Stratégies relationnelles et éthiques

Cette deuxième partie décrit les stratégies appartenant au champ de la relation médecin-patient, permettant de la créer et de la renforcer, dans le but de maintenir la confiance et l'adhésion aux soins.

1. Créer une relation médecin-patient solide

En construisant une relation médecin-patient solide, le but était de favoriser l'adhésion du patient à la prise en charge et de développer une alliance dans les situations d'incertitude (22).

La création et le maintien de la relation passaient en premier lieu par la communication entre le médecin et le patient. Cette notion a été soulignée dans plusieurs articles sélectionnés dans notre revue (22,24,26). Pour R. Alam, elle permettait de centrer sa pratique sur le patient (26). Dans la thèse de E. Accarier, la relation médecin-patient était présentée comme un travail basé sur la communication, l'écoute et l'échange (22).

Diverses stratégies ou moyens de communication pouvaient être utilisés. Deux médecins interrogés dans la thèse de A. Clavilier, ont rapporté utiliser les pronoms personnels "on" ou "nous" dans la présentation des stratégies de prise en charge, permettant ainsi d'associer le patient à l'action et de créer une alliance entre le médecin et le patient (24). L'expression d'un doute pouvait être exprimée par la formule "je ne sais pas", et suivie par la formulation d'une hypothèse ou d'une conduite à tenir afin de ne pas laisser le patient sans réponse.

D'autres méthodes ont pu être mises en œuvre selon les préférences du médecin, cela pouvait passer par l'écriture de conseils, ou le fait d'expliquer au patient l'incertitude et sa place prépondérante en médecine (24).

Afin de ne pas laisser le patient dans une situation inconfortable quand l'incertitude était présente, la réassurance s'est révélée primordiale.

En effet, A. Clavilier a souligné cette notion dans sa thèse (24), en proposant d'exprimer son raisonnement à haute voix et en éliminant les diagnostics graves à haute voix également. Cela permettait d'exprimer une certaine maîtrise de la situation, en laissant entrevoir au

patient les capacités réflexives du médecin et la complexité de la démarche très souvent ignorée des patients. Les explications concernant la ou les stratégies de prise en charge contribuaient elles aussi à cette réassurance.

Enfin, la réassurance est aussi passée par la disponibilité du médecin. Celle-ci devait être communiquée clairement au patient, afin qu'il revienne vers le praticien s'il en ressentait le besoin (24).

L'honnêteté et la transparence ont été présentées comme deux valeurs fondamentales dans une relation de confiance, et ces notions sont ressorties dans plusieurs articles (24,26,27).

Pour une partie des médecins interrogés par K. Pickles (27), au sujet de l'incertitude autour du dosage du PSA, les informations devaient être exposées au patient, y compris la notion d'incertitude elle-même, l'absence de consensus et les débats qui en découlait.

Dans le travail d'A. Clavilier (24), il existait aussi une nécessité d'honnêteté et de transparence, pouvant s'exprimer par la formule "je ne sais pas" et le fait de rester humble dans sa pratique. Pour deux médecins, l'honnêteté était importante pour garantir une pratique en accord avec leurs valeurs. L'un d'eux a rapporté qu'il préférait signaler au patient lorsqu'il ne se sentait pas en capacité de le soigner en cas de mésentente ou de conflit : "Vous voyez bien qu'on ne va pas bien ensemble, ça serait peut-être bien d'aller voir quelqu'un d'autre".

R. Alam (26) a souligné que l'honnêteté était plus volontairement adoptée par les médecins expérimentés que par leurs collègues plus jeunes.

Toutefois, pour trois auteurs, communiquer en toute transparence ne devait pas se faire aveuglément. Ainsi, il était essentiel de prendre en compte les possibles réactions négatives des patients avant de partager son incertitude (24,26,27).

Dans l'étude de R. Alam, la perception par le médecin des possibles réactions du patient aux informations qu'il pourrait transmettre, a influencé la décision de partager ou non l'incertitude (26).

K. Pickles, dans son article sur le dosage du PSA, a proposé une réflexion autour de cette question éthique. Parmi les trois attitudes décrites, des divergences ont émergé quant à la décision de partager l'incertitude ou non.

Certains médecins ont préféré décider pour le patient, sans le consulter, car ils ont estimé devoir endosser toute la responsabilité découlant de l'incertitude ; soit parce qu'ils jugeaient

que leur patient n'était pas en mesure de faire face à une information trop complexe, soit pour le protéger de l'inconfort de l'incertitude.

Pour d'autres, ne pas partager l'incertitude avec leurs patients était inconcevable, même si cela a pu s'avérer vain lorsque le patient ne souhaitait pas prendre part à la décision et préférait que le médecin choisisse pour lui. Dans ce deuxième cas, les médecins se sont parfois sentis coupables des possibles conséquences psychosociales de la prise de conscience de la complexité de la situation par les patients.

Pour la troisième catégorie de médecin, qui a délégué la prise de décision en situation d'incertitude, il n'y avait pas de partage de l'incertitude, soit parce que la responsabilité de la décision était entièrement laissée au patient, soit parce qu'elle était laissée à un spécialiste. Une des raisons invoquées à cette dernière approche a été, une nouvelle fois, de ne pas placer le patient dans une situation d'inconfort du fait de l'incertitude du médecin (27).

Ainsi, il était nécessaire de communiquer, mais surtout de le faire en s'adaptant au patient qui est en face, ce qui a conduit parfois à utiliser le mensonge ou l'omission (22,24). Pour cela, les médecins interrogés dans la thèse d'E. Accarier ont indiqué que l'écoute était fondamentale et que celle-ci était parfois un acte thérapeutique à part entière (22). C'est l'écoute qui permettait de deviner ce qui pouvait être ou ce qui ne pouvait pas être dévoilé au patient.

Comme l'a détaillé A. Clavilier dans sa thèse, ces nuances apportées à l'expression de l'incertitude ont pu avoir différents déterminants. Ils pouvaient venir en premier lieu de la situation dans laquelle la décision allait être prise, étant alors révélée d'emblée quand l'incertitude était trop grande, ou de manière différée quand une hypothèse diagnostique dominait. Ils ont pu émaner ensuite du patient lui-même et des caractéristiques que le médecin pouvait apprécier chez lui : nuancer l'incertitude et rassurer avant tout le patient anxieux, déterminer la quantité d'information à dévoiler en fonction de la compréhension du patient, ne pas en parler du tout quand le patient attend des avis tranchés. Cette démarche était facilitée quand le médecin connaissait déjà bien le patient (24).

C'était principalement cette demande implicite ou explicite du patient d'obtenir un avis tranché et une information exempte de doute qui a poussé le médecin à utiliser le mensonge. A. Clavilier a été la seule à y faire référence et a rapporté qu'il était utilisé principalement pour rassurer le patient, par des explications parfois fantaisistes, mais apportant une réponse aux attentes du patient. Elle a souligné tout de même que le mensonge

n'était acceptable que dans des situations bénignes, afin d'inventer, par exemple, une cause quelconque à un symptôme bénin et passer par ailleurs inexpliqué (24).

2. Implication du patient dans la décision médicale partagée

Une notion très souvent retrouvée dans les articles sélectionnés était la nécessité d'impliquer le patient dans la décision, afin d'arriver à une véritable décision partagée.

Le premier pas pour obtenir une décision médicale partagée était donc évidemment l'action d'associer le patient à la décision (22,24,25,27).

La thèse d'A. Clavilier a apporté quelques outils, en conseillant d'expliquer les différentes étapes et de construire un plan de suivi pour impliquer le patient dans sa prise en charge. Là encore, l'utilisation du "on" ou du "nous" a permis d'intégrer le patient dans la décision. Le but était ensuite que la décision soit prise par le médecin et le patient ensemble, afin de construire une démarche médicale plus personnalisée, renforçant d'autant plus la relation de confiance comme un cercle vertueux (24).

Ainsi, quand il s'agissait de laisser le choix au patient entre plusieurs options de prise en charge, E. Accarier a précisé que toutes les propositions devaient être acceptables au regard du rapport-bénéfice/risques et que le médecin devait avoir une attitude claire pour ne pas affaiblir la relation de confiance (22).

Pour que la décision du patient soit pleinement éclairée, le partage de l'incertitude et des explications claires étaient des préalables indispensables (22,24,26,27).

Dans sa thèse, A. Clavilier a notamment décrit trois grandes étapes à cette démarche explicative. D'abord, le fait de partager son incertitude et son raisonnement. Cela passait par la reconnaissance du fait de ne pas savoir, en évoquant en parallèle les hypothèses diagnostiques et une possible conduite à tenir. Ensuite, il s'agissait d'expliquer les raisons de cette incertitude. On pouvait notamment faire savoir au patient que la science actuelle n'a pas de réponse pour tout, et que les symptômes présentés pouvaient correspondre à de multiples causes. Enfin, il était nécessaire de présenter les différentes hypothèses diagnostiques déjà évoquées initialement, et ce, même si l'une d'entre elles était plus probable, ce qui permettait en cas d'erreur de revenir plus facilement sur le diagnostic de départ (24).

Toujours dans l'objectif d'impliquer le patient dans la prise de décision et dans sa prise en charge, la notion d'éducation du patient est ressortie de deux articles (24,26). Certaines notions déjà abordées précédemment par A. Clavilier avaient aussi pour effet d'aider à éduquer le patient dans ce sens. Premièrement, l'expression de l'incertitude et son explication ont aidé le patient à comprendre l'intérêt du suivi, et ont favorisé de ce fait un certain état d'alerte chez lui, facilitant les nouvelles consultations. L'explicitation des signes d'alarme, tout comme l'évolution attendue des symptômes et leur durée habituelle, était autant d'informations permettant d'éduquer le patient à intervenir dans sa propre prise en charge. Par exemple, savoir qu'une pathologie bénigne évolue favorablement en quelques jours, l'encourageait à ne pas consulter trop tôt si les mêmes symptômes se présentaient de nouveau. À l'inverse, la connaissance des signes à surveiller pouvait précipiter une consultation qui aurait tardé dans le cas contraire. L'éducation a donc été présentée comme un procédé donnant au patient les moyens de participer à son propre suivi (24).

L'implication du patient dans la décision a parfois été présentée comme une réelle délégation de responsabilité au patient (22,25,27).

Pour C.J.W. Ledford, il s'agissait surtout d'une décision éclairée, où le médecin fournissait toutes les informations disponibles, mais laissait ensuite au patient la responsabilité de la décision. Cette notion a plutôt été présentée dans un contexte de décision autour du dépistage (25).

L'attitude développée par E. Accarier était semblable, mais plus généralisée, car il s'agissait de laisser le choix entre diverses options de prise en charge. Elle a mentionné, de surcroît, la réalisation d'ordonnances différées pouvant être utilisées en cas de besoin par le patient, tout en précisant que la pratique était minoritaire (22).

Pour finir, la posture la plus radicale a été décrite par K. Pickles, qui a rapporté que certains médecins australiens avaient mis en place un système automatisé de rappel de l'échéance de leur dosage du PSA, minimisant leur engagement et leur responsabilité en la transférant entièrement au patient (27).

III. Stratégies collectives

Dans cette troisième partie, nous développons les stratégies mises en œuvre afin de partager la gestion de l'incertitude avec d'autres soignants. Certaines d'entre elles ont déjà été évoquées précédemment, mais participent à différentes approches de la gestion de l'incertitude.

1. Soutien entre collègues

Cette notion, déjà en partie développée plus haut concernant son aspect cognitif, est à nouveau abordée ici pour sa dimension collective. Il s'agissait d'une stratégie retrouvée presque unanimement dans les articles sélectionnés (22–27).

Le soutien est d'abord venu d'un partage de l'incertitude, dans le but de communiquer sa façon de gérer l'incertitude et que les solutions trouvées soient communes (22,24–27).

Dans son article, K. Pickles a décrit l'attitude de certains médecins qui considéraient l'incertitude comme un défi et une opportunité d'associer leurs collègues pour trouver des solutions partagées. Ils s'attendaient ainsi à être soutenus par leurs collègues dans leurs demandes d'informations et leurs besoins émotionnels (27).

Le soutien généré par ce partage pouvait permettre de créer un réseau de confiance entre collègues (24,26).

Cette notion a d'abord été citée par R. Alam qui a décrit que l'environnement favorable au soutien entre collègues était important pour permettre une réflexion commune (26). Cette notion a aussi été abordée dans la thèse de A. Clavilier, qui a souligné dans ce sens l'avantage majeur qu'ont les cabinets de groupe et les maisons de santé pour gérer l'incertitude en commun (24).

L'utilité du partage et du soutien par des collègues dans la gestion de l'incertitude a été mise en évidence particulièrement quand l'expérience faisait défaut au médecin (22,24,25). R. Alam a d'ailleurs suggéré que cette attitude était plus souvent adoptée par les jeunes médecins généralistes (26).

Cette idée a été développée dans la thèse d'A. Clavilier (24), où deux médecins ont rapporté

que lorsqu'ils sont confrontés à des pathologies inhabituelles, ils font appel à des médecins plus âgés de leur entourage, les demandes d'avis et le partage permettant de s'enrichir de l'expérience de ses collègues.

Cette notion a aussi été décrite par C.J.W. Ledford dans son étude sur les réactions des internes à l'incertitude où les internes se tournaient volontiers vers leurs maîtres de stage quand ils jugeaient que leur incertitude était liée à un manque d'expérience (25). Elle a été retrouvée de plus, dans la thèse de E. Accarier, qui a montré que le soutien entre collègues était important pour les internes, notamment quand leur démarche n'était pas balisée par des consensus, sortant donc des recommandations (22).

2. Avis de confrères d'autres spécialités

D'après deux auteurs, la demande d'avis auprès d'un confrère intervenait en général quand l'incertitude initiale n'avait pas pu être résolue par le médecin généraliste malgré tous les moyens mis en œuvre (23,24).

M-L Rübsam a relaté que les spécialistes n'étaient habituellement consultés que lorsque le traitement mis en place par le généraliste n'avait pas montré d'efficacité ou lorsque l'épreuve du temps n'avait pas permis de résoudre les symptômes (23).

A. Clavilier a rapporté le même type d'idée, les généralistes rapportaient consulter les spécialistes lorsque l'incertitude durait dans le temps et après avoir employé tous les moyens à leur disposition. Elle a précisé que cet avis était parfois demandé simplement pour montrer qu'ils avaient tout essayé, et ce même s'ils pensaient que le spécialiste ne résoudrait pas l'incertitude (24).

L'avis d'un confrère d'une autre spécialité a aussi été présenté comme un recours en cas de manque d'expertise ou dans le cas de l'urgence, contrairement à l'avis des collègues médecins généralistes qui était plutôt sollicité dans le cadre du manque d'expérience, comme signalé précédemment (23–25). Deux articles ont évoqué le recours au spécialiste quand le médecin, interne ou expérimenté, arrivait aux limites de sa connaissance ou des moyens à sa disposition. Dans ce cas, le spécialiste était vu comme l'expert qui détenait la réponse et levait l'incertitude (24,25).

Il s'agissait d'abord de C.J.W. Ledford, rapportant que les internes se tournaient vers les spécialistes en cas de manque d'expertise ou dans le cadre d'une hospitalisation (25).

Puis, A. Clavilier a rejoint la même idée, en rapportant que les médecins interrogés faisaient appel aux spécialistes lorsqu'ils avaient atteint les limites de leurs connaissances et de leurs possibilités de prise en charge. De plus, cela permettait aux praticiens d'enrichir leurs connaissances et d'ajuster leur pratique si une situation similaire se représentait (24).

3. Groupes de pairs

Deux articles de la revue de la littérature se sont intéressés aux groupes de pairs en tant que stratégie de gestion de l'incertitude, et en ont détaillé le fonctionnement et les avantages. Le type de groupe différait un peu selon l'article considéré, nous les désignons ici par l'appellation générale de "groupe de pairs" sans faire de distinction, car leurs bénéfices dans la gestion de l'incertitude étaient les mêmes. Nous reprenons donc ici, les concepts utiles à la gestion de l'incertitude par les médecins généralistes.

Tout d'abord, les groupes de pairs ont été une occasion pour les médecins de partager leurs préoccupations en rompant la solitude et en leur permettant de manifester les tensions ressenties (22,26,28).

E. Accarier, dans sa thèse étudiant l'impact des groupes de pairs dans la gestion de l'incertitude pour les internes, a évoqué le rôle de soutien psychologique que pouvaient avoir ces groupes, et ce dès l'internat. En effet, en brisant la solitude intellectuelle, ils donnaient l'occasion aux médecins de partager des problématiques et de leur faire prendre conscience qu'elles sont communes à tous. Elle a mis en évidence une véritable dimension de thérapie, en offrant une opportunité d'extérioriser les tensions éprouvées dans leur pratique (22).

R. Alam a aussi évoqué les vertus de ces groupes dans la validation de ses préoccupations par ses pairs (26). Cet effet libérateur a été présenté par L.S. Sommers comme autorisant les médecins participants à révéler les lacunes, les biais cognitifs et les attentes irréalistes qui entachaient leur prise de décision (28).

Le fait d'être en groupe permettait, de plus, de créer une véritable émulation entre les participants (22,28).

Dans sa thèse, E. Accarier a rapporté que la répétition des rencontres avait favorisé la parole et parvenait à créer une unité au sein du groupe. Cette unité était aussi responsable d'une assimilation des connaissances plus faciles, car intégrée dans le cadre pratique du partage

d'expérience, qui suscitait un intérêt plus fort pour les participants (22).

L.S. Sommers, a retrouvé des résultats similaires dans son étude sur les groupes de pairs et a observé que ces rencontres avaient installé une confiance au sein des groupes, et que de cette confiance naissait une réflexion nouvelle. En effet, les échanges stimulaient la réflexion, faisant ainsi apparaître de nouvelles spéculations et de nouvelles idées, aboutissant à des stratégies inédites (28).

Dans le même ordre d'idée, les groupes de pairs ont donné lieu à une expertise de groupe par le partage et l'apprentissage de nouvelles connaissances et de nouvelles compétences (22,28).

À nouveau, E. Accarier a mis en évidence la constitution de cette expertise par la mutualisation des connaissances des internes présents. Les groupes de pairs ont été une occasion de mettre à jour ses connaissances et de les renforcer. Ce travail était facilité par une mise en commun, qui diminuait le travail de recherche de chacun tout en permettant d'obtenir les données actuelles de la science pour chacun (22).

De son côté, L.S Sommers a appuyé ces mêmes idées, en rapportant que les groupes de pairs ont été une occasion de faire des recherches dans la littérature, les sources principalement utilisées étant les revues systématiques et les méta-analyses. Ces rencontres ont ainsi permis de partager des stratégies de gestion de l'incertitude et d'envisager alors un changement des pratiques (28).

Enfin, les groupes de pairs ont été décrits comme aidant à créer un pont entre l'Evidence Based Medicine (EBM) et la pratique (22).

E. Accarier a été la seule à décrire cet intérêt aux groupes de pairs. Elle a rapporté alors qu'une des problématiques de l'incertitude reposait justement sur la difficulté à faire le lien entre le bagage de connaissances théoriques et l'apprentissage pratique. Les groupes de pairs, par les discussions et la mise en commun, ont donné l'occasion de partager les expériences sur les situations qui n'ont pas de réponse dans les livres ou la littérature scientifique et de lisser les irrégularités liées au passage de la théorie à la pratique. Une des approches visant cet objectif et utilisée au sein des groupes de pairs était l'approche bio-psycho-sociale, appuyant la dimension humaine de la relation médicale. Cela permettait ainsi d'enrichir le champ biomédical du champ psychosocial et de développer des réponses nouvelles aux problématiques de la gestion de l'incertitude en médecine (22).

IV. Stratégies émotionnelles

L'incertitude peut générer chez les médecins de premier recours des émotions négatives. Ces émotions, en plus de déstabiliser le médecin voire d'altérer la qualité des soins, risquent de dégrader la qualité de travail.

Ce chapitre s'intéresse aux stratégies permettant de lutter contre les conséquences émotionnelles de l'incertitude.

1. Acceptation de l'incertitude

Cette notion a été développée dans cinq articles de notre revue (22,24–27).

Tout d'abord, deux articles ont démontré à quel point le fait d'appréhender et d'accepter l'incertitude est un apprentissage crucial pour la pratique future.

Il s'agissait d'une notion centrale de l'étude de C.J.W Ledford (25). Cette étude a montré que, pour les internes de Washington DC, l'incertitude faisait naturellement partie de la pratique. Ils ont rapporté avoir conscience qu'il était impossible d'avoir réponse à tout en médecine et que le médecin généraliste était le praticien dont le champ de connaissances est le plus étendu. En cela, l'incertitude a contribué à forger une identité commune à celles et ceux qui pratiquent et enseignent la médecine générale. Les étudiants ont évolué dans un milieu où l'incertitude était attendue. Ils ne l'envisageaient pas de façon négative, mais de façon neutre. Ils ont reconnu qu'avec l'expérience, elle devenait moins problématique, et que sous le regard expert d'un spécialiste, elle devenait acceptable.

Pour les jeunes médecins généralistes français interrogés par E. Accarier (22), le constat était similaire. Nombreux étaient ceux qui n'avaient découvert cette difficulté que tardivement au cours de leurs stages ambulatoires. Ceux-ci ont exprimé leur regret de ne pas y avoir été assez préparés, en bénéficiant d'un enseignement théorique dédié, par exemple. Ils auraient aimé appréhender la réalité de l'incertitude plus tôt, de façon à mieux la gérer.

L'acceptation de l'incertitude dans les situations où le médecin généraliste est dépassé a été mise en lumière à travers deux articles (22,27).

Dans l'étude de K. Pickles (27), une partie des médecins gérait l'incertitude liée au dosage du PSA par ses propres moyens, sans aide extérieure. Ils acceptaient simplement la situation

telle qu'elle était, avec ses imperfections, ce qui la rendait moins pénible à vivre. A contrario, les médecins qui s'efforçaient de négocier l'incertitude en impliquant le patient ou d'autres acteurs en santé dans la prise de décision avaient tendance à la trouver plus inconfortable. Déjà, parce que le manque de consensus sur la question représentait une source de frustration. Ensuite, les informations fournies par les recommandations ou les spécialistes n'étaient pas toujours suffisantes pour les sortir de l'impasse. Certains médecins décrivaient même se sentir coupables pour leurs patients.

Les médecins de la thèse d'A. Clavier (24) ont porté le même message. En partant du principe qu'il existe des situations ambiguës que le médecin ne peut changer, le fait de les accepter permettait de mettre à distance le stress qu'elles pouvaient occasionner.

Enfin, là où les consultations bien maîtrisées instaurent une routine parfois monotone, les situations d'incertitude, souvent plus complexes, étaient vues comme un défi. En acceptant de relever ce défi, le médecin devait réfléchir, rester curieux et engager différents modes de raisonnement incluant l'intuition et le gut feeling. C'est en cela que l'incertitude représentait une source de stimulation et même de satisfaction au travail (24,26).

2. La résilience

Évoquée dans la revue de R. Alam (26), la résilience était associée à un plus haut niveau de satisfaction de la compassion. Elle participait aussi à donner plus de sens aux soins prodigués aux patients.

Inversement, un manque de résilience était associé à plus de traumatisme par procuration, à la survenue d'anxiété, au fait d'être intolérant à l'incertitude et au fait d'être inquiet quant à la survenue de complications.

3. Stratégies luttant contre l'inquiétude, le stress

Une des stratégies les plus souvent retrouvées dans les articles de notre revue et permettant de lutter contre l'inquiétude et le stress est l'échange. Il s'agissait de partager et d'échanger avec le patient, ses collègues directs ou des médecins d'autres spécialités autour de l'incertitude afin de diminuer l'inquiétude liée à l'incertitude (22,24,27,28).

Dans son article sur la gestion de l'incertitude dans le dépistage du cancer de la prostate, K. Pickles a rapporté que les médecins partageant l'incertitude s'attendaient à être soutenus par les collègues et les autres spécialistes pour les aider à gérer leurs propres besoins émotionnels. Ces médecins étaient en effet rassurés sur ce qu'ils devaient dire aux patients, après avoir demandé l'avis de leurs collègues ou des spécialistes (27).

Cette stratégie a aussi été développée au sein de la thèse de A. Clavilier, dans laquelle les médecins interrogés ont déclaré être rassurés sur leur prise en charge lorsqu'ils demandaient l'avis d'un confrère ou sollicitaient l'avis des spécialistes. Le partage au patient du doute ressenti était un autre facteur qui permettait de soulager l'inquiétude éprouvée par le médecin, car il permettait d'intégrer le patient à sa prise en charge et d'obtenir une décision partagée où le médecin n'est plus seul. Ce partage du doute s'est aussi fait avec les confrères, la communication étant vécue comme rassurante, la pratique au sein d'un cabinet de groupe est décrite comme plus sereine (24).

Enfin, E. Accarier a évoqué également la stratégie de l'échange au sein des groupes de pairs en tant que lutte contre le stress, où la discussion répondait souvent pour les internes à un besoin de se rassurer. Les groupes de pairs étaient alors pour eux une occasion d'échanger afin d'apaiser leurs angoisses et leurs doutes (22).

Ensuite, avoir une attitude réflexive en tirant des leçons des situations antérieures a été un facteur de diminution de l'anxiété que l'on retrouve dans la thèse de A. Clavilier. Cela pouvait passer par la réalisation d'une synthèse en fin de consultation pour cadrer ses pensées, réfléchir pour trouver des moyens de mieux gérer une situation sans se laisser submerger par le stress, par des recherches personnelles, un suivi plus rapproché et l'absence d'hésitation à partager son doute pour être conseillé. Grâce à cette réflexion en amont, ces ressources et stratégies pouvaient être utilisées plus facilement en cas de situation d'incertitude (24).

La réassurance du médecin passait, de plus, par l'adaptation du suivi du patient au niveau d'incertitude. Cette notion a été abordée par A. Clavilier, qui rapportait que plus l'incertitude était grande, plus le suivi rapproché et la conservation d'un lien avec le patient devait être important. En revoyant le patient ou en l'appelant, le médecin se rassurait sur l'évolution de la situation (24).

Suivre une démarche diagnostique cadrée par l'EBM a été un autre facteur de limitation de l'inquiétude du médecin. Le suivi consciencieux d'une démarche diagnostique fondée sur les preuves aidait le médecin à se sentir serein vis-à-vis du risque médico-légal en agissant "dans les règles" comme le rapporte E. Accarier. L'EBM a fourni un cadre rassurant dans les situations floues (22).

La demande d'examen complémentaire a parfois eu elle aussi un rôle de réassurance pour le médecin (22,24). En plus d'orienter la prise en charge ou de rassurer le patient lui-même, les examens paracliniques pouvaient aussi rassurer le médecin, et étaient parfois utilisés jusqu'à l'excès ainsi que l'ont mentionné les internes interrogés par E. Accarier (22).

Enfin, une dernière stratégie de diminution du stress et de l'inquiétude du médecin, trouvée dans cette revue est le transfert de responsabilité. En effet, K. Pickles a décrit l'attitude de certains médecins de systématiquement laisser la responsabilité de la prise de décision à d'autres, patient lui-même ou spécialiste, pour réduire leur propre inconfort vis-à-vis de l'incertitude (27).

4. Stratégies luttant contre la frustration et les contrariétés

L'incertitude peut être une source d'agacement et de frustration pour le praticien.

Comme vu précédemment, le praticien peut être en difficulté dans les situations qu'il ne maîtrise pas, comme les délais trop longs de consultation ou le manque de clarté des recommandations. Accepter qu'il ne peut pas changer les choses était un moyen de se décharger de sa frustration (24,27). Ici, l'intérêt des groupes de pairs a également été décrit, par exemple en désamorçant la frustration liée à des attentes irréalistes (28). Face à une erreur, le simple fait de savoir qu'un collègue aurait eu la même attitude pouvait apaiser la colère que le médecin ressentait envers lui-même (22).

En situation d'incertitude, le médecin pouvait être amené à prendre une décision dont il n'était pas satisfait. Pour lutter contre la frustration et la colère engendrée, une médecin interrogée par A. Clavilier a expliqué effectuer un travail d'introspection. Elle s'attachait à reconnaître ses faiblesses pour améliorer sa pratique. Cela nécessitait d'être humble et d'accepter que c'est aussi à travers les erreurs que l'expérience s'acquiert (24). Afin de

révéler les lacunes d'une prise en charge, présenter un cas clinique problématique à un groupe était aussi une solution (28).

5. Stratégies luttant contre la déception et la tristesse

Relativiser les situations d'incertitude a été, pour plusieurs auteurs, un moyen de gérer la tristesse et la déception parfois consécutives à ces moments (22,24,25).

C.J.W Ledford a souligné le rôle spécifique des médecins généralistes dans la gestion de l'incertitude, en comparaison à l'expertise plus étroite des autres spécialistes. Ceci permettait de mieux accepter l'incertitude et de créer une identité commune qui assume l'incapacité à maîtriser toute la médecine (25).

Les groupes de pairs décrits par E. Accarier, ont aussi eu ce rôle de relativisation des problématiques de l'incertitude, en mettant en évidence qu'elles étaient communes à tous. Les échanges ainsi permis donnaient l'opportunité de se défaire de l'image du "médecin sans faille" qui est imposée par nous-mêmes et la société, et était vécue comme un fardeau (22). Cette notion a finalement été abordée par A. Clavilier, qui a noté que le médecin peut relativiser afin de se ramener à égalité de ses confrères en prenant conscience de l'impossibilité de tout maîtriser et de tout savoir (24).

Il s'agissait pour finir de valoriser ses points forts, afin d'éviter la tristesse de la dévalorisation (22,24,25,28). Cette valorisation a pu intervenir au sein des groupes de pairs comme le décrit L.S. Sommers, en recevant validation de ses pairs lors des situations exposées (28). Pour A. Clavilier, elle a pu aussi provenir d'une réflexion personnelle afin de prendre conscience de son savoir et de ses points forts (24). Cette idée a été soutenue par E. Accarier, qui a évoqué la nécessité de ramener son estime à son juste niveau, sans systématiquement attribuer notre incertitude à un manque de savoir (22).

Discussion

1. Discussion des résultats

a. Synthèse des résultats

L'objectif de notre travail était d'explorer les méthodes de gestion de l'incertitude mises en place par les médecins de soins premiers. Nous avons analysé 7 articles dont 5 études qualitatives, 1 revue systématique de la littérature et 1 étude mixte ayant une partie qualitative et une partie observationnelle. L'analyse de ces articles a révélé que la prise en charge de l'incertitude se faisait à travers quatre dimensions : la dimension cognitive, relationnelle et éthique, collective et émotionnelle. Chacune de ces dimensions était bien distincte et pourtant complémentaire, assorties de stratégies parfois communes. Notre population était essentiellement composée de médecins généralistes libéraux et d'internes en médecine générale. L'ensemble de ces stratégies avait pour but d'éviter les conséquences néfastes de l'incertitude sur la pratique des médecins.

b. Discussion

Parmi les nombreux résultats obtenus, certains ont particulièrement retenu notre attention. Voici la discussion que nous en faisons.

- Le partage et la communication de l'incertitude au patient :

Deux articles de notre revue ont soulevé la question de la pertinence de partager l'incertitude avec le patient.

Il s'agissait de l'article de K. Pickles, où les médecins interrogés décrivaient des attitudes différentes pour une même situation clinique : pour certains, toutes les informations devaient être fournies ; pour d'autres, ne pas révéler l'incertitude était une façon de protéger le patient (27).

Ensuite, dans le travail de thèse d'A. Clavier, la question était abordée sous l'angle des situations cliniques non préoccupantes pour le médecin. Certains n'osaient pas révéler leur incertitude aux patients. D'abord, par crainte d'inquiéter inutilement un patient anxieux.

Sinon, par crainte de remettre en cause leur savoir et de ne pas correspondre à l'image du médecin omniscient encore véhiculée. Plutôt que d'avouer leur ignorance, ils préféreraient utiliser le mensonge (24).

La décision de partager l'incertitude était donc déterminée par plusieurs éléments :

- La nature de la situation clinique.
- La perception qu'avait le médecin de son patient dans une situation donnée (en estimant que le patient n'était pas en capacité de recevoir les informations).
- La manière dont le médecin se percevait lui-même à travers le regard du patient (comme un médecin détenteur du tout-savoir médical).

Certains auteurs ont déjà décrit des conséquences délétères au partage de l'incertitude avec le patient. Cela était notamment le cas dans le cadre du cancer du sein, où la communication de l'incertitude diminuait la satisfaction des patientes (29,30).

Un article de J. Ogden a montré que l'expression verbale de l'incertitude avait un effet négatif sur la confiance du patient. L'effet était au contraire positif pour les formes d'expressions comportementales (effectuer une recherche documentaire, demander l'avis d'un collègue). Cet article nuancait ses résultats sur l'expression verbale de l'incertitude, car l'effet sur la confiance était plutôt bénéfique pour les patients connaissant bien leur médecin, les patients plus âgés ou d'une classe sociale supérieure (31). D'autres auteurs, au contraire, ont souligné que le partage de l'incertitude et notamment sa communication directe permettait de fournir plus d'informations au patient, et était l'occasion d'impliquer le patient, ce qui était apprécié par ces derniers (32,33).

La discussion autour de l'incertitude pouvait permettre de mieux connaître les préférences du patient et ainsi d'améliorer sa satisfaction. Même les patients ne souhaitant pas prendre part à la décision souhaitaient obtenir plus d'informations de la part de leur médecin. Quand bien même, ceux qui souhaitent s'associer à la prise de décision ne peuvent le faire que s'ils ont été pleinement informés des incertitudes présentes (34). Finalement, le consentement éclairé exigé par la loi Kouchner de 2002 ne peut pas être permis si toutes les informations intervenant dans la prise de décision ne sont pas transmises. Il s'agit en fait de la mise en pratique du principe éthique d'autonomie dont le partage de l'incertitude est un composant essentiel (35).

C'est donc plutôt dans la manière de communiquer l'incertitude que se joue l'acceptation de celle-ci par le patient. Plusieurs auteurs se sont attachés à décrire les

stratégies de communication permettant une meilleure compréhension de l'incertitude par le patient. Cela passait d'abord par une évaluation des préférences du patient et de son niveau de compréhension maximal afin d'adapter le discours qui lui est délivré.

Adopter un niveau de langage facilement appréhendable pour le patient est un prérequis indispensable. De même, après avoir partagé l'incertitude, il est primordial d'explorer les inquiétudes du patient, afin de pouvoir y répondre. Une deuxième stratégie consistait pour le médecin à fournir un support émotionnel au patient, en l'assurant de sa disponibilité et de son engagement pour trouver une solution. Ensuite, clarifier la démarche qui va suivre est essentiel. Cela passe par l'utilisation des filets de sécurité, l'explication de l'objectif d'un traitement ou d'un examen, des traitements alternatifs possibles et l'explication des moyens dont le patient dispose pour solliciter une aide supplémentaire en cas de besoin (35,36). Il convient de préciser que nous n'avons pas retrouvé dans nos résultats l'influence que peut avoir la contrainte du temps dans la mise en place des stratégies de communication décrites. Or, cette contrainte est bien réelle. Selon nous, une consultation qui dure 18 minutes en moyenne peut représenter un frein à la mise en pratique de ces stratégies.

- La formation des étudiants à l'incertitude :

Dans le contexte de l'incertitude, la formation paraît nécessaire afin de mieux la gérer et mieux la partager.

L'article de C.J.W. Ledford expliquait la différence entre l'étendue du champ de connaissances des médecins généralistes et celui des autres spécialités. Celui du médecin généraliste étant plus étendu, il est logique qu'il ne puisse pas tout maîtriser (25). C'est donc en médecine générale, encore plus que dans les autres spécialités, que la formation à la gestion de l'incertitude semble fondamentale. Ce type de formation sur l'incertitude serait bien accueilli par les internes (22,25), d'autant plus que ceux qui n'y avaient pas été assez préparés le regrettaient (22).

Actuellement, certains dispositifs visent à améliorer la gestion de l'incertitude durant l'internat. C'est le cas des travaux type SCRE et RSCA, qui incitent les internes à réaliser des recherches documentaires quand ils sont confrontés à des situations qui dépassent leurs connaissances. Ces travaux permettent aussi de trouver et reconnaître les sources d'informations fiables et validées qui faciliteront les futures recherches. Les GEP et GTT

sont des exemples de groupes de pairs où les internes apportent leurs propres cas problématiques pour en discuter avec leurs pairs.

Peu d'articles ont exploré l'efficacité d'une formation théorique sous forme d'enseignement. C'est le cas de l'article de G. Choquet (37), qui n'a pas montré de différence significative sur le ressenti de la tolérance à l'incertitude, mais montrait tout de même une tendance à l'amélioration. B. Motte, à travers une revue systématique de la littérature (38), propose un enseignement de la gestion de l'incertitude issu d'une approche de pédagogie pragmatiste. L'approche pragmatiste "envisage la démarche médicale comme une démarche pratique au sein de laquelle les problèmes sont vécus et éprouvés par les acteurs et où les connaissances sont des outils". La pédagogie reposant sur cette approche ne se focalise donc pas que sur le résultat à obtenir, mais sur comment résoudre un problème de soin. Pour gérer et tolérer un problème de soin en contexte d'incertitude, le médecin doit adopter une démarche réflexive à la fois dans la mobilisation de ses connaissances et dans leur mise en pratique. L'enseignement proposé est basé sur trois grandes dimensions : expérientielle, réflexive et collective. Les cas cliniques seraient enrichis de l'expérience personnelle et vécue des étudiants. Cela leur permettrait de développer une démarche réflexive fondée sur leur vécu personnel. La dimension collective ferait partie de cet apprentissage, en impliquant les patients, leurs proches et le personnel soignant, de façon pluriprofessionnelle.

En plus de travailler ses capacités réflexives a posteriori, par exemple lors des débriefings au cours des stages, il conviendrait également de l'enseigner a priori, c'est-à-dire en préparant l'étudiant à cultiver ses capacités réflexives au plus tôt dans son cursus. Cela suppose que les enseignements et les méthodes d'évaluations soient tournés, non pas vers les résultats, mais vers l'ensemble du processus d'enquête qui mène aux résultats.

Nous pensons en effet, qu'aborder l'incertitude au plus tôt au cours des études, par exemple dès l'externat, permettrait de limiter les attentes de savoir absolu des jeunes médecins et de l'intégrer comme une composante normale et attendue de la pratique. En connaître les conséquences positives et négatives sur sa pratique permet de mieux y être préparé et de mieux y faire face. Proposer des stratégies ou des pistes pour la gérer aiderait les internes et jeunes médecins à les tester et savoir celles qui les aident le plus. Il est nécessaire pour cela d'aborder cette notion de manière explicite et continue au cours des études.

- La collaboration entre les pairs :

Une des stratégies majeures qui est ressortie de notre revue de la littérature semble être le soutien et le contact entre collègues, puisqu'elle est retrouvée dans la majorité des articles. Cette notion nous semble importante à souligner, car les modes de travail actuels tendent vers cette idée. En effet, de plus en plus de jeunes médecins généralistes souhaitent travailler en cabinet de groupe (39). Une des raisons principales évoquées est l'organisation plus facile du travail permettant ainsi de concilier la vie personnelle avec l'activité professionnelle (40). Mais l'autre avantage est aussi une activité plus sereine en cabinet de groupe du fait d'un travail en commun, souvent pluriprofessionnel, et d'un partage des connaissances et des difficultés de chacun.

De notre point de vue, ce type de pratique est vertueuse, car elle permet à la fois de jouer un rôle de soutien entre les différents professionnels, mais aussi d'amélioration des connaissances et des pratiques. Elle conduit à une meilleure prise en charge des patients, qui semblent satisfaits et rassurés de ce travail en commun. Étant un mode d'activité attractif pour les jeunes médecins, leur développement permet de ramener de l'offre médicale dans des territoires en difficulté.

- Trouver sa propre zone de confort :

L'intolérance à l'incertitude peut être paralysante et entraîne du stress. Améliorer la tolérance à l'incertitude nous paraît donc important, à la fois pour le bien-être au travail du médecin, et pour mieux prendre en charge le patient. Mais une trop grande tolérance peut aussi avoir des effets péjoratifs. La tolérance extrême à l'incertitude risque en effet de faire stagner le médecin dans ses habitudes, par manque de remise en question. Le fait d'être très à l'aise concernant les limites de son savoir peut ainsi ne pas encourager à vouloir s'améliorer ou demander l'avis d'autrui. Un peu d'inconfort peut donc pousser le médecin à s'améliorer en demandant de l'aide et en essayant de "combler" ses manques, lui permettant finalement de devenir plus savant (41).

Les stratégies que nous développons ici doivent donc permettre d'obtenir un équilibre entre intolérance à l'incertitude néfaste et trop grande tolérance.

2. Forces et limites

a. Forces de l'étude

Une des forces principales de notre revue est qu'il y a peu de données dans la littérature sur le sujet de la gestion de l'incertitude, ce qui lui donne un intérêt plus important. Une revue de la littérature (26) sur ce sujet avait néanmoins été réalisée en 2017, elle ne s'intéressait pas seulement aux stratégies de gestion de l'incertitude, mais aussi aux traits de personnalité du médecin et à ses ressources internes, or nous souhaitions mettre en évidence plutôt des outils utilisables par chaque médecin. De plus, elle ne s'intéressait qu'à l'incertitude diagnostique, qui, bien que représentant un grand défi de la pratique médicale, n'est pas le seul domaine du soin concerné par l'incertitude.

Notre population était constituée de l'ensemble des médecins de soins premiers, et pas seulement les généralistes. L'objectif était d'étendre nos critères d'inclusion afin d'inclure plus d'articles. Finalement, les articles incluent essentiellement des médecins généralistes et des internes de médecine générale.

Notre revue de la littérature a été réalisée en tenant compte des critères PRISMA. La déclaration PRISMA se trouve en annexe 3. Nous avons passé en revue les bases de données principales ainsi que la littérature grise (Pubmed, Web of Science, Embase, Cochrane, SUDOC, Google Scholar). Nous avons ensuite effectué une recherche manuelle à travers la bibliographie des articles lus en intégralité, afin d'obtenir un résultat relativement exhaustif. Enfin, la qualité des articles inclus a été évaluée à l'aide de grilles validées. Les étapes de sélection et d'évaluation des articles ont été menées en aveugle afin de limiter le biais de sélection. Les désaccords lors de la mise en commun ont été résolus avec l'aide de nos directeurs de thèse. Une veille documentaire manuelle a été réalisée également dans le but de diminuer le biais de sélection.

Pour finir, notre sujet concerne toutes les spécialités médicales et plus particulièrement les médecins de soins premiers, ce qui lui donne une portée importante et représente une force supplémentaire. Cette thèse nous a en effet permis de recueillir les données actuellement disponibles sur les méthodes de gestion de l'incertitude utilisées par ces médecins, et de mettre en évidence des pistes pour améliorer la gestion de l'incertitude et sa formation.

b. Limites de l'étude

Le fait que peu de publications existent sur le sujet de la gestion de l'incertitude a pu néanmoins être une limite. En effet, nous n'avons pu inclure que 7 articles, dont la majorité étaient des études qualitatives, ce qui fait que certaines stratégies n'ont été évoquées que dans un seul article. Nous avons choisi de n'inclure que des articles dont la rédaction répondait aux critères IMRAD. Cela avait pour but d'augmenter la validité interne de la revue, bien que cela ait pu influencer la quantité d'articles inclus.

Deux des articles portaient sur des populations mixtes : la revue systématique de R. Alam (26) incluait des articles dont les populations étaient constituées de médecins généralistes, de médecins d'autres spécialités, en soins premiers et secondaires, et l'étude de L.S. Sommers (28) incluait aussi des infirmières. Dans la mesure où ces deux articles comptaient principalement des médecins de soins premiers dans leurs populations, nous avons jugé que cela ne nuirait pas à la qualité de notre rapport.

Les publications sélectionnées ont obtenu des scores moyens à l'évaluation de leur qualité méthodologique. Cela doit être pris en compte dans l'interprétation des résultats de notre revue. Les grilles d'évaluations se trouvent en annexes 2, 3 et 4.

3. Perspectives

Nous avons listé toutes les stratégies de gestion de l'incertitude en soins premiers ayant pu être décrites dans la littérature, mais peu d'études ont exploré l'efficacité de ces stratégies pour diminuer l'inconfort du médecin. Une seule étude parmi les articles que nous avons trouvés a examiné l'efficacité d'une formation autour de l'incertitude destinée aux internes (37). En 2021, la réforme du 2^{ème} cycles des études médicales inclue l'incertitude dans la formation et l'évaluation des étudiants. Selon nous, il serait intéressant d'évaluer l'impact qu'a eu l'introduction de l'incertitude dans la formation des étudiants en 2^{ème} cycles sur leur gestion de l'incertitude au cours de l'internat. De plus, nous pensons que des études supplémentaires seraient nécessaires afin d'étudier chacune de ces stratégies séparément pour évaluer leur utilité. Néanmoins, La gestion de l'incertitude touche à un domaine qui n'est pas forcément mesurable, celui du ressenti du médecin vis-à-vis de sa pratique et des préférences de son patient. Une façon de gérer l'incertitude peut convenir à un médecin, mais pas à un autre ; tout comme une manière d'expliquer l'incertitude conviendra plus à un patient qu'à un autre. Il existe une grande subjectivité qui nous semble limiter les possibilités d'évaluer l'efficacité de ces méthodes. Nous pensons donc qu'elles peuvent être d'ores et déjà utilisées par les médecins, qui pourront juger eux-mêmes ce qui leur apporte le plus de bénéfices, tout en veillant à ce que la relation de confiance avec le patient soit conservée.

Conclusion

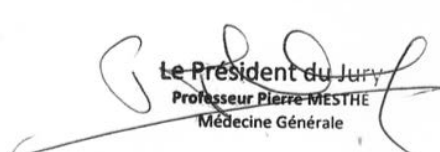
La gestion de l'incertitude est essentielle dans l'exercice de la médecine. Tout médecin en soins premiers est confronté quotidiennement à une ou plusieurs situations d'incertitude. Une mauvaise gestion peut avoir des conséquences désastreuses pour le médecin, le patient et la société. Cependant, c'est aussi l'incertitude qui motive les praticiens à s'investir dans les problématiques de soins. Malgré la prégnance de l'incertitude dans l'exercice en soins premiers, il n'existe pas de recommandations officielles concernant les méthodes de gestion. De même, les futurs médecins sont insuffisamment formés et préparés à ce sujet.

Les méthodes de gestion utilisées par les médecins généralistes sont réparties à travers quatre dimensions. Les stratégies cognitives regroupent la démarche analytique, la démarche intuitive, les recherches documentaires, les demandes d'avis, le suivi et la considération des éléments bio-psycho-sociaux. Elles servent à baliser la démarche décisionnelle en situation d'incertitude. Les stratégies relationnelles et éthiques permettent d'intégrer le patient à la décision médicale, en tirant parti d'une relation de confiance entre le médecin et son patient. Le patient est un partenaire, avec lequel on partage ses doutes et on communique de manière honnête et adaptée. Les stratégies collectives sont les moyens grâce auxquels les médecins se forment et se soutiennent dans leur gestion de l'incertitude. Les groupes de pairs, l'exercice à plusieurs et l'implication d'autres professionnels de santé sont mis en valeur dans ce sens. Enfin, les stratégies émotionnelles permettent au médecin de comprendre sa propre expérience dans l'incertitude, de l'accepter et de s'en accommoder.

Malgré une quantité limitée d'études incluses, les résultats montrent que les médecins utilisent une grande variété de stratégies pour répondre à leurs besoins. Toutefois, ces méthodes sont empiriques et ne sont pas des outils validés. Elles sont issues principalement de l'expérience personnelle et de la formation en 3ème cycle des études médicales.

Il semble nécessaire d'inclure l'incertitude au plus tôt dans le cursus des études. Pour cela, il pourrait être utile de diffuser ces méthodes de gestion aux étudiants de 2ème et 3ème cycles d'études médicales.

Vu
Toulouse le 13/02/2023


Le Président du Jury
Professeur Pierre MESTHÉ
Médecine Générale



Bibliographie

1. Han PKJ, Strout TD, Gutheil C, Germann C, King B, Ofstad E, et al. How Physicians Manage Medical Uncertainty: A Qualitative Study and Conceptual Taxonomy. *Med Decis Mak Int J Soc Med Decis Mak.* avr 2021;41(3):275-91.
2. Société Française de Médecine Générale. Démarche diagnostique : La gestion du risque lié à l'incertitude diagnostique en médecine de premier recours [Internet]. [cité 20 sept 2022]. Disponible sur: http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_categorie/239/fichier_abrege_version_2_de_2017394f9.pdf
3. Innes AD, Champion PD, Griffiths FE. Complex consultations and the « edge of chaos ». *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* janv 2005;55(510):47-52.
4. Bovier PA, Perneger TV. Stress from Uncertainty from Graduation to Retirement— A Population-Based Study of Swiss Physicians. *J Gen Intern Med.* mai 2007;22(5):632-8.
5. Lorenzo M. Tolérance à l'incertitude en médecine générale - Une démarche de théorisation ancrée à partir de 14 entretiens [Internet] [Thèse d'exercice]. [Strasbourg]: Strasbourg; 2013 [cité 22 sept 2022]. Disponible sur: [https://psyaanalyse.com/pdf/TOLERANCE%20A%20L%20INCERTITUDE%20EN%20MEDECINE%20GENERALE%20-%20THESE%202013%20\(73%20pages%20-%201,1%20mo\).pdf](https://psyaanalyse.com/pdf/TOLERANCE%20A%20L%20INCERTITUDE%20EN%20MEDECINE%20GENERALE%20-%20THESE%202013%20(73%20pages%20-%201,1%20mo).pdf)
6. Stalder H. Médecine générale – pensée linéaire et complexité. *Rev Médicale Suisse.* 2006;2:2150-3.
7. Gishen F, Dacre J, Horn C, Peters D. Educating future doctors for uncertainty and complexity. *Clin Teach.* 2020;17(6):726-8.
8. Simpkin AL, Schwartzstein RM. Tolerating Uncertainty - The Next Medical Revolution? *N Engl J Med.* 2016;375(18):1713-5.
9. Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation. Réforme du 2^e cycle des études médicales, Vade-mecum pour référents enseignants et étudiants [Internet]. 2021 [cité 31 janv 2023]. Disponible sur: https://www.uness.fr/sites/default/files/inline-files/R2C%20sante_vade-m_reforme_2ecycle_A4_03%20bis.pdf
10. Bettes M. Etude de la tolérance à l'incertitude chez les internes en SASPAS de Midi-Pyrénées [Thèse d'exercice en médecine]. [Toulouse]: Toulouse III; 2017.
11. Iannello P, Mottini A, Tirelli S, Riva S, Antonietti A. Ambiguity and uncertainty tolerance, need for cognition, and their association with stress. A study among Italian

practicing physicians. *Med Educ Online*. 2017;22(1).

12. Cooke GP, Doust JA, Steele MC. A survey of resilience, burnout, and tolerance of uncertainty in Australian general practice registrars. *BMC Med Educ*. 7 janv 2013;13(1):2.

13. Christakis NA, Asch DA. Biases in how physicians choose to withdraw life support. *Lancet Lond Engl*. 11 sept 1993;342(8872):642-6.

14. Kassirer JP. Our Stubborn Quest for Diagnostic Certainty. *N Engl J Med*. juin 1989;320(22):1489-91.

15. Liu C, Wang D, Duan L, Zhang X, Liu C. Coping With Diagnostic Uncertainty in Antibiotic Prescribing: A Latent Class Study of Primary Care Physicians in Hubei China. *Front Public Health* [Internet]. 2021 [cité 21 oct 2022];9. Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2021.741345>

16. Logan RL, Scott PJ. Uncertainty in clinical practice: implications for quality and costs of health care. *The Lancet*. mars 1996;347(9001):595-8.

17. O’Riordan M, Dahinden A, Aktürk Z, Ortiz JMB, Dağdeviren N, Elwyn G, et al. Dealing with uncertainty in general practice: an essential skill for the general practitioner. *Qual Prim Care*. 2011;19(3):175-81.

18. The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews | EQUATOR Network [Internet]. [cité 10 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.equator-network.org/reporting-guidelines/prisma/>

19. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups | EQUATOR Network [Internet]. [cité 10 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.equator-network.org/reporting-guidelines/coreq/>

20. Field N, Cohen T, Struelens MJ, Palm D, Cookson B, Glynn JR, et al. Strengthening the Reporting of Molecular Epidemiology for Infectious Diseases (STROME-ID): an extension of the STROBE statement. *Lancet Infect Dis*. avr 2014;14(4):341-52.

21. Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C, et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Med Res Methodol*. 15 févr 2007;7(1):10.

22. Accarier E. Les groupes d’analyse de pratiques en 3ième cycle de médecine générale: étude qualitative de leur apport dans la formation à la gestion de l’incertitude diagnostique [Internet] [Thèse d’exercice]. [2012-2018, France]: Aix-Marseille Université. Faculté de médecine; 2018. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01953507>

23. Rübsam ML, Esch M, Baum E, Bösner S. Diagnosing skin disease in primary care: a qualitative study of GPs’ approaches. *Fam Pract*. 2015;32(5):591-5.

24. Clavilier A. Gérer l'incertitude diagnostique en médecine générale. Analyse des réponses mises en œuvre par les médecins généralistes. Proposition d'outils d'aide à la gestion de l'incertitude diagnostique [Thèse de médecine]. Clermont Auvergne; 2021.
25. Ledford CJW, Cafferty LA, Seehusen DA. Socializing Identity Through Practice: *Fam Med*. 2015;47(7):449-553.
26. Alam R, Cheraghi-Sohi S, Panagioti M, Esmail A, Campbell S, Panagopoulou E. Managing diagnostic uncertainty in primary care: A systematic critical review. *BMC Fam Pract*. août 2017;18(1):1-13.
27. Pickles K, Carter SM, Rychetnik L, McCaffery K, Entwistle VA. General Practitioners' Experiences of, and Responses to, Uncertainty in Prostate Cancer Screening: Insights from a Qualitative Study. *PLOS ONE*. 2016;11(4).
28. Sommers LS, Morgan L, Johnson L, Yatabe K. Practice inquiry: clinical uncertainty as a focus for small-group learning and practice improvement. *J Gen Intern Med*. 2007;22(2):246-52.
29. Prades J, Ferro T, Gil F, Borrás JM. Core communication components along the cancer care process: The perspective of breast cancer patients. *The Breast*. oct 2014;23(5):617-22.
30. Politi MC, Clark MA, Ombao H, Dizon D, Elwyn G. Communicating uncertainty can lead to less decision satisfaction: a necessary cost of involving patients in shared decision making? *Health Expect Int J Public Particip Health Care Health Policy*. mars 2011;14(1):84-91.
31. Ogden J, Fuks K, Gardner M, Johnson S, McLean M, Martin P, et al. Doctors expressions of uncertainty and patient confidence. *Patient Education and Counseling*. 2002;48:171-6.
32. Gordon G H, Joos S K, Byrne J. Physician expressions of uncertainty during patient encounters. *Patient Education and Counseling*. 2000;40:59-65.
33. Henry MS. Uncertainty, responsibility, and the evolution of the physician/patient relationship. *J Med Ethics*. juin 2006;32(6):321-3.
34. Parascandola M, Hawkins J, Danis M. Patient Autonomy and the Challenge of Clinical Uncertainty. *Kennedy Inst Ethics J*. 2002;12(3):245-64.
35. Simpkin AL, Armstrong KA. Communicating Uncertainty: a Narrative Review and Framework for Future Research. *J Gen Intern Med*. nov 2019;34(11):2586-91.
36. Ghosh AK. Understanding medical uncertainty: a primer for physicians. *J Assoc Physicians India*. 2004;52(SEP):739-42.

37. Choquet G, Bloede F. Evaluating the impact of an uncertainty management training in general practice post-graduate students with a specific scale to assess levels of stress (PRU). *Exercer*. 2021;169:42-6.
38. Motte B, Aiguier G, Pee DV, Cobbaut JP. Mieux comprendre l'incertitude en médecine pour former les médecins. *Pédagogie Médicale*. 2020;21(1):39-51.
39. Chaput H, Monziols M, Fressard L, Verger P, Ventelou B, Zaytseva A. Plus de 80 % des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe [Internet]. DREES; 2019 mai [cité 20 janv 2023]. (Etudes et Résultats). Report No.: 1114. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/plus-de-80-des-medecins-generalistes-liberaux-de-moins-de-50-ans-exercent-en-groupe>
40. Biais M, Cassou M, Franc C. Des conditions de travail plus satisfaisantes pour les médecins généralistes exerçant en groupe | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. DREES; 2022 mai [cité 23 janv 2023]. (Etudes et Résultats). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/documents-de-referance/etudes-et-resultats/des-conditions-de-travail-plus-satisfaisantes-pour-les>
41. 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.

Annexes

Annexe 1 : Tableau des articles exclus.....	54
Annexe 2 : Grille COREQ.....	59
Annexe 3 : Grille PRISMA 2020.....	61
Annexe 4 : Grille STROBE.....	62

Annexe 1 : Tableau des articles exclus

Titre	Auteur	Année	Raison de l'exclusion
"Hand"ling uncertainty	J.R. Brill	2010	Article d'opinion
The process by which family doctors manage uncertainty : Not everything is zebras or horses	J.L. Turabián Fernández, B. Pérez Franco	2006	Article de revue ne répondant pas aux critères IMRaD
A case of medical uncertainty	C. Wellbery	2012	Population hospitalière (urgences)
A Pilot Study to Address Tolerance of Uncertainty Among Family Medicine Residents	D. Taylor, B. Picker, D. Woolever, E.K. Thayer, P.A. Carney, A.B. Galper	2018	Pas de stratégie de gestion de l'incertitude décrite
Clinical uncertainty in primary care : The challenge of collaborative engagement	L.Siegel Sommers, J.Launer	2013	Livre
Clinical uncertainty: helping our learners	D. Guenter, N. Fowler, L. Lee	2011	Article de revue ne répondant pas aux critères IMRaD
Commentary: Management of uncertainty	D. Mangin	2006	Commentaire
Communicating and Dealing with Uncertainty in General Practice: The Association with Neuroticism	A. Schneider, M. Wübken, K. Linde, M. Bühner	2014	Pas de stratégie de gestion de l'incertitude décrite
Communicating Uncertainty: a Narrative Review and Framework for Future Research	A.L. Simpkin, K.A. Armstrong	2019	Revue narrative
Coping With Diagnostic Uncertainty in Antibiotic Prescribing: A Latent Class Study of Primary Care Physicians in Hubei China	C. Liu, D. Wang, L. Duan, X. Zhang and C. Liu	2021	Pas de stratégie de gestion de l'incertitude décrite
Dealing with medical uncertainty: a physician's perspective	A.K. Ghosh	2004	Article non trouvé
Dealing with uncertainty in general practice: An essential skill for the general practitioner	M. O'Riordan and al.	2011	Article d'opinion
Diagnostic Uncertainty Board: A forum to manage uncertainty	C. Tuegel, C. Finnerty-Ludwig, S. Hagan	2021	Article de revue ne répondant pas aux critères IMRaD
Educating future doctors for uncertainty and complexity	F. Gishen, J. Dacre, C. Horn, D. Peters	2020	Article d'opinion
Embracing complexity with systems thinking in general practitioners' clinical reasoning helps handling uncertainty	E. Stolper, P. Van Royen, E. Jack, J. Uleman, M. Olde Rikkert	2021	Article de revue ne répondant pas aux critères IMRaD

Annexe 1 (suite) : Tableau des articles exclus

Engaging with Uncertainty and Complexity: A Secondary Analysis of Primary Care Responses to Intimate Partner Violence.	C. Gear, J. Koziol-McLain, E. Eppel	2021	Population trop hétérogène (non médicale)
Evaluating the impact of an uncertainty management training in general practice post-graduate students with a specific scale to assess levels of stress (PRU)	G. Choquet, F. Bloede	2021	Pas de stratégie de gestion de l'incertitude décrite
Facing uncertainty as a medical student-A qualitative study of their reflective learning diaries and writings on specific themes during the first clinical year	M.K. Nevalainen, T. Mantyranta, K.H. Pitkala	2010	Pas de stratégie de gestion de l'incertitude décrite
General practice certainly needs to deal with uncertainty Extracts from a teaching workshop	S. Boulay, Y. Ruelle, S. Munck	2016	Pas de stratégie de gestion de l'incertitude décrite
Generalist physicians and clinical uncertainty: Time for reflection	A. S. Panchal, Sommers L.	2017	Article de revue ne répondant pas aux critères IMRaD
How do general practitioners implement decision-making regarding COPD patients with exacerbations? An international focus group study	J. Laue, and al.	2016	Pas de stratégie de gestion de l'incertitude décrite
How do primary care doctors deal with uncertainty in making diagnostic decisions? The development of the 'Dealing with Uncertainty Questionnaire' (DUQ)	A. Schneider, B. Löwe, S. Barie, S. Joos, P. Engeser, J. Szecsenyi	2010	Pas de stratégie de gestion de l'incertitude décrite
How primary care physicians' attitudes toward risk and uncertainty affect their use of electronic information resources	K. A. McKibbin, D. B. Fridsma, R. S. Crowley	2007	Pas de stratégie de gestion de l'incertitude décrite
Learning to manage uncertainty: supervision, trust and autonomy in residency training	N. Bochatay, N. M. Bajwa	2020	Population hospitalière
Managing Boundary Uncertainty in Diagnosing the Patients of Rural Area Using Fuzzy and Rough Set	S. Das, J. Sil	2022	Pas de stratégie de gestion de l'incertitude décrite
Managing clinical uncertainty in older people towards the end of life: a systematic review of person-centred tools	C. Ellis-Smith, I. Tunnard, M. Dawkins, W. Gao, I. J. Higginson, C. J. Evans	2021	Population : patients et familles
Medical errors and uncertainty in primary healthcare: a comparative study of coping strategies among young and experienced GPs	M. Nevalainen, L. Kuikka, K. Pitkälä	2014	N'explore pas les stratégies, mais les différences de gestion entre médecins jeunes et médecins expérimentés

Annexe 1 (suite) : Tableau des articles exclus

Negotiating uncertainty in clinical encounters: A narrative exploration of naturally occurring primary care consultations	O. S. Lian, S. Nettleton, Å. Wifstad, C. Dowrick	2021	Pas de stratégie de gestion de l'incertitude décrite
No clue-what shall we do? Physicians and medical uncertainty	G. Hearn	2009	Pas de stratégie de gestion de l'incertitude décrite
On the challenges of using evidence-based information: The role of clinical uncertainty	A. K. Ghosh	2004	Revue narrative
Patient and clinician experiences of uncertainty in the diagnostic process: Current understanding and future directions	A.N. D. Meyer, T. D. Giardina, L. Khawaja, H. Singh	2021	Revue narrative
Predictors of physicians' satisfaction with their management of uncertainty during a simulated decision-making interview in oncology	Canivet D., Libert Y., Ménard C, Van Achte L., Farvacques C., Slachmuylder J.-L., Durieux J.-F., Delvaux N., Razavi D.	2014	Population : autres spécialistes
Primary care practices are full of surprises!	B. F. Crabtree	2003	Article d'opinion
Quantitative and qualitative approaches to reasoning under uncertainty in medical decision making	J. Fox, D. Glasspool, and J. Bury	2001	Revue narrative
Responsibly managing uncertainties in clinical ethics	L.B. McCullough	2012	Pas de stratégie de gestion de l'incertitude décrite
Silos of Silence, Stress, and Suffering: Patient and Physician Experiences of MUPS and Diagnostic Uncertainty	C. G.K. Atkins , K. Brownell, J. Kornelsen, R. Woollard, A. Whiteley,	2013	Pas de stratégie de gestion de l'incertitude décrite
Stories of MDM: Helping Patients and Clinicians Manage Uncertainty during Clinical Care	M. C. Politi	2015	Article d'opinion
Teaching physicians to make informed decisions in the face of uncertainty: Librarians and informaticians on the health care team	M. Moore	2011	Article d'opinion
The Effect Of Risk Attitude And Uncertainty Comfort On Primary Care Physicians' Use Of Electronic Information Resources	K. A. Mckibbon	2005	Pas de stratégie de gestion de l'incertitude décrite
The Professional Medical Ethics Model of Decision Making Under Conditions of Clinical Uncertainty	L. B. McCullough	2013	Pas de stratégie de gestion de l'incertitude décrite

Annexe 1 (suite) : Tableau des articles exclus

The Socrates Project for Difficult Diagnosis at Northwestern Medicine	B.D. Singer, A. M. Goodwin, A. A. Patel, D. E. Vaughan	2020	Article d'opinion
Tolerance for Uncertainty and Professional Development: a Normative Analysis	S. Reis-Dennis, M. S Gerrity, G. Geller	2021	Article d'opinion
Tolerating Uncertainty - The Next Medical Revolution?	A. L. Simpkin, R. M. Schwartzstein	2016	Article d'opinion
Tools to manage medical uncertainty	A. K.Ghosh, S. Joshi	2020	Revue narrative
Twelve tips for clinicians dealing with uncertainty when assessing learners	I. Scott, A. Gingerich, K. W. Eva	2019	Revue narrative
Twelve tips for thriving in the face of clinical uncertainty	G. Gheihman, M. Johnson, A.L. Simpkin	2020	Revue narrative
Uncertainty in clinical practice - an interview study with Swedish GPs on patients with sore throat	M. Andre, H. Gröndal, Eva-L. Strandberg, A. Brorsson, K. Hedin	2016	Pas de stratégie de gestion de l'incertitude décrite
Uncertainty in Decision Making in Medicine: A Scoping Review and Thematic Analysis of Conceptual Models	M.A. Helou, D. DiazGranados, M.S. Ryan, J.W. Cyrus	2020	Population non précisée
Uncertainty in French general practice: where does it come from and how to deal with it?	G. Bloy	2008	Pas de stratégie de gestion de l'incertitude décrite
Uncertainty management and medical skills: A clinical and educational reflexion	N. Belhomme, P. Jego, P. Pottier	2019	Pas de stratégie de gestion de l'incertitude décrite
Understanding and managing uncertainty in health care: revisiting and advancing sociological contributions	N. Mackintosh, N. Armstrong	2020	Population de spécialistes
Understanding medical uncertainty: a primer for physicians	A. K. Ghosh	2004	Article ne répondant pas aux critères IMRaD
Understanding uncertainty in medicine: concepts and implications in medical education	K. Kangmoon, L.Young-Mee	2018	Article de revue ne répondant pas aux critères IMRaD
Variability, continuity and trust - towards an understanding of uncertainty in health and health care	J. P. Sturmberg	2010	Editorial
Varieties of uncertainty in health care: A conceptual taxonomy	P. K.J. Han, W. M.P. Klein, N.K. Arora	2011	Pas de stratégie de gestion de l'incertitude décrite

Annexe 1 (suite) : Tableau des articles exclus

Well-being and uncertainty in health care practice	R. E. George, W.A. Lowe	2019	Article de revue ne répondant pas aux critères IMRaD
What do you do when you don't know what to do? GP associates in training (AiT) and their experiences of uncertainty	A.Danczak, A.Lea	2014	Pas de stratégie de gestion de l'incertitude décrite
De la Médecine fondée sur les faits prouvés à la décision partagée, les outils de la décision médicale	D. Hollander	2016	Pas de stratégie de gestion de l'incertitude décrite

Annexe 2 : Grille COREQ

	Item N°	Item	Study 1	Study 2	Study 4
Domain 1: Research team and reflexivity		Personal characteristics			
	1	Interviewer/facilitator	1	1	1
	2	Credentials			1
	3	Occupation	1	1	1
	4	Gender	1	1	1
	5	Experience and training			
		Relationship with participants			
	6	Relationship established	1	1	
7	Participant knowledge of the interviewer	1	1		
8	Interviewer characteristics				
Domain 2: study design		Theoretical framework			
	9	Methodological orientation and theory	1	1	1
		Participant selection			
	10	Sampling	1	1	1
	11	Method of approach	1	1	
	12	Sample size	1	1	1
	13	Non participation			1
		Setting			
	14	Setting of data collection	1	1	1
	15	Presence of non-participants			1
	16	Description of sample	1	1	1
		Data collection			
	17	Interview guide	0,5	1	1
	18	Repeat interviews			1
	19	Audio/visual recording	1	1	
20	Field notes		1	1	
21	Duration	1	1	1	
22	Data saturation	0,5		1	
23	Transcripts returned				
Domain 3: analysis and findings		Data analysis			
	24	Number of data coders	1	1	1
	25	Description of the coding tree		1	1
	26	Derivation of themes	1	1	1
	27	Software	1		
	28	Participant checking			
		Reporting			
	29	Quotations presented	1	1	0,5
	30	Data and findings consistent	1	1	1
31	Clarity of major themes	1	1	1	
32	Clarity of minor themes	1	1	1	
TOTAL			21/32	22/32	24/32

Annexe 2 (suite) : Grille COREQ

	Item N°	Item	Study 5	Study 6	Study 7
Domain 1: Research team and reflexivity		Personal characteristics			
	1	Interviewer/facilitator	1	1	1
	2	Credentials	1	1	1
	3	Occupation	1		
	4	Gender	1	1	1
	5	Experience and training		1	1
		Relationship with participants			
	6	Relationship established		1	1
	7	Participant knowledge of the interviewer		1	1
8	Interviewer characteristics		1	1	
Domain 2: study design		Theoretical framework			
	9	Methodological orientation and theory	1	1	
		Participant selection			
	10	Sampling		1	1
	11	Method of approach			1
	12	Sample size	1	1	1
	13	Non participation	0,5		
		Setting			
	14	Setting of data collection	1	1	
	15	Presence of non-participants	1	1	1
	16	Description of sample	1	1	1
		Data collection			
	17	Interview guide		1	
	18	Repeat interviews	1		
	19	Audio/visual recording		1	1
	20	Field notes		1	
21	Duration		1		
22	Data saturation		1	1	
23	Transcripts returned				
Domain 3: analysis and findings		Data analysis			
	24	Number of data coders	1	1	1
	25	Description of the coding tree			
	26	Derivation of themes	1	1	1
	27	Software			1
	28	Participant checking	1		
		Reporting			
	29	Quotations presented	0,5	1	1
30	Data and findings consistent	1	1	1	
31	Clarity of major themes	1	1	1	
32	Clarity of minor themes		1	1	
TOTAL			16/32	24/32	21/32

Annexe 3 : Grille PRISMA 2020

N° Item	Item	Study 3
	Title	
1	Title	1
	Abstract	
2	Structured summary	1
	Introduction	
3	Rationale	1
4	Objectives	1
	Methods	
5	Eligibility criteria	1
6	Information sources	1
7	Search strategy	1
8	Selection process	1
9	Data collection process	1
10	Data items	1
11	Study risk of bias assessment	1
12	Effect measures	
13	Synthesis methods	1
14	Reporting bias assessment	
15	Certainty assessment	
	Results	
16	Study selection	1
17	Study characteristics	1
18	Risk of bias in studies	1
19	Results of individual studies	1
20	Results os syntheses	
21	Reporting bias	
22	Certainty of evidence	
	Discussion	
23	Discussion	1
	Other informations	
24	Registration and protocol	1
25	Support	1
26	Competing interests	1
27	Availability of date, code and other materials	1
TOTAL		21/27

Annexe 4 : Grille STROBE

Item	N° Item	Study 5
Title and abstract	1a	1
	1b	1
Introduction		
Background/rationale	2	1
Objectives	4	1
Methods		
Study design	4	1
Setting	5	1
Participants	6a	
	6b	
Variables	7	1
Data sources/measurement	8	1
Bias	9	
Study size	10	
Quantitative variables	11	
Statistical methods	12a	
	12b	
	12c	
	12d	
	12e	
Results		
Participants	13a	
	13b	
	13c	
Descriptive data	14a	
	14b	
	14c	
Outcome data	15	1
Main results	16a	
	16b	
	16c	
Other analyses	17	
Discussion		
Key results	18	1
Limitations	19	1
Interpretation	20	1
Generalisability	21	1
Other information		
Funding	22	
TOTAL		13/22

AUTEURS : Camille Gauthier, Alice Gourmault

TITRE : les méthodes de gestion de l'incertitude en soins premiers, une revue systématique de la littérature

DIRECTEUR DE THÈSE : Docteur Bruno Chicoulaa, Docteur Florence Durrieu

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Toulouse, le 14 mars 2023

Contexte : L'incertitude est omniprésente en médecine. Elle l'est encore davantage en médecine générale, du fait de l'étendue de son champ d'action et de sa position première dans la prise en charge des patients. L'incertitude peut avoir pour conséquences une majoration du stress et de l'insatisfaction professionnelle pour les médecins. Il est donc nécessaire de mieux savoir la gérer. **Méthode** : L'objectif de notre travail était de réaliser une revue systématique de la littérature de toutes les stratégies de gestion de l'incertitude pouvant être mises en œuvre par les médecins de soins premiers. Cette revue a été réalisée selon les recommandations PRISMA, sur les articles publiés entre janvier 2000 et mars 2022. Les bases de données utilisées étaient Pubmed, Web of Science, Embase, Cochrane Library, ainsi que la littérature grise au sein de SUDOC et de Google Scholar. Les étapes de sélection des articles ont été réalisées indépendamment par 2 chercheurs, puis les articles sélectionnés ont été évalués par des grilles validées. Sur 4308 références, 7 articles ont ainsi été inclus. **Résultats** : Nous avons dégagé 4 axes principaux parmi les stratégies décrites. D'abord, les stratégies cognitives regroupaient tous les moyens intellectuels mis en œuvre par le médecin, de la démarche analytique classique à la démarche intuitive, en passant par la recherche documentaire, les demandes d'avis, le suivi et les considérations bio-psycho-sociale. Ensuite, les stratégies relationnelles et éthiques concernaient l'intégration du patient dans sa propre prise en charge et le rôle central de la relation médecin-patient dans ce but. Les stratégies collectives portaient sur l'association de différents professionnels dans la gestion de l'incertitude, des collègues aux spécialistes, et à l'utilité des groupes de pairs. Enfin, les stratégies émotionnelles permettaient au médecin de mieux gérer les conséquences personnelles de l'incertitude. **Conclusion** : La gestion de l'incertitude est essentielle en médecine de soins premiers. Les études montrent que les médecins généralistes utilisent de nombreuses stratégies en situation d'incertitude. La relation médecin-patient est le pivot central d'une bonne gestion. Il semblerait nécessaire d'inclure une formation à l'incertitude au plus tôt dans le cursus des études médicales.

Background : Uncertainty is ubiquitous in medicine. Even more in family medicine, due to its larger scope of practice and its first position in patient care. The consequences of such uncertainty can be more stress and professional dissatisfaction for practitioners. Therefore, it is necessary to better know how to manage it. **Method** : The purpose of our work was to carry out a systematic literature review of all strategies that could be used by primary care practitioners. This review was conducted following the PRISMA guidelines, on articles published between January 2000 and March 2022. The databases used were Pubmed, Web of Science, Embase, Cochrane Library, as well as SUDOC and Google scholar to explore gray literature. Two authors conducted separately the screening, then selected articles were assessed by approved checklists. Among 4308 references, 7 articles were included. **Results** : We identified 4 main dimensions among the different strategies. First, cognitive strategies gathered all the intellectual ways used by clinicians, from the classic analytical approach to intuitive approach, including documentary research, asking for advice, follow-up and bio-psycho-social elements. Then, relational and ethic strategies involved the integration of the patient in the medical decision through the central role of doctor-patient relationship. Collective strategies were about the association between different health professionals in uncertainty management, from colleagues and specialists to peer groups. At last, emotional strategies allowed practitioners to manage personal and harmful consequences of uncertainty. **Conclusion** : Uncertainty management is essential in primary care medicine. Studies show that general practitioners use numerous strategies when confronted to uncertainty. In these situations, a healthy doctor-patient relationship is the key. It seems necessary to include uncertainty as soon as possible in the education of future doctors.

Mots-Clés : Incertitude, médecin, soins premiers, gérer, gestion

Key words : Uncertainty, physician, primary care, manage, managing

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Faculté de Santé – 37 allées Jules Guesde - 31000 TOULOUSE - France