

Mots-clés

Incertitude

Prise de décision

Médecine générale

Key words

Uncertainty

Decision making

General Practice

Supporter le doute

Tolérance à l'incertitude en médecine générale

Tolerance of uncertainty in general practice

Analyse et commentaires de Julien Gelly (UFR Paris-Diderot) et Aurélie Janczewski (UFR Marseille)
D'après une communication de M. Lorenzo (France)

exercer 2014;112(suppl 1):S6-S7.

mathieulorenzo@gmail.com

Contexte

La pratique de la médecine générale en ambulatoire place souvent le médecin face à des situations où il ne possède pas toutes les informations nécessaires pour poser un diagnostic et prendre les décisions adaptées. Une étude hollandaise a montré que 13 % des consultations de médecine générale concluaient à des symptômes médicalement inexpliqués¹. Chaque médecin généraliste est donc confronté quotidiennement à ces situations d'incertitude. Plusieurs travaux ont étudié les sources d'incertitude dans ces situations (somatisation, complexité des consultations), les modes d'accommodation à l'incertitude, ou encore les solutions pour minimiser cette incertitude. Il y a peu de travaux sur les déterminants de la tolérance à l'incertitude en médecine générale².

Objectif

Explorer l'incertitude en médecine générale et les déterminants de la tolérance à l'incertitude pour les médecins généralistes.

Méthode

Une étude qualitative a été réalisée à partir d'entretiens individuels semi-directifs auprès de médecins généralistes. La population de cette étude était constituée exclusivement de médecins généralistes en exercice pour ancrer le discours dans des situations récentes et minimiser les biais de mémorisation. Le mode de sélection des participants était basé sur : le réseau professionnel de l'auteur, la sélection aléatoire sur un registre local (PagesJaunes®) et la méthode de proche en proche. Les entretiens se sont déroulés jusqu'à saturation des données³. Cette saturation était considérée atteinte lorsque la réalisation de 3 entretiens consécutifs n'apportait pas de donnée nouvelle.

Une analyse par théorisation ancrée a été réalisée. Les participants étaient invités à décrire une situation d'incertitude vécue dans leur pratique. Un enregistrement audio des entretiens a été réalisé. L'auteur rappelait la confidentialité des données audio et textuelles et recueillait le consentement éclairé du participant. Les entretiens ont été intégralement retranscrits et anonymisés. L'analyse des données a été effectuée à l'aide du logiciel QSR Nvivo10® : codification, catégorisation, intégration, mise en relation, modélisation et théorisation. Un deuxième investigateur a permis une triangulation du codage et de la catégorisation des données. Les entretiens n'étaient pas indemnisés. Cette étude a été validée par le comité d'éthique du centre hospitalier de Mulhouse.

Résultats

Cinq personnes ont refusé de participer parmi les 19 personnes contactées. Quatorze entretiens ont été réalisés de février à novembre 2012. La saturation des données a été atteinte au 11^e entretien. L'âge médian des participants était de 52,5 ans (32-68), et l'expérience médicale médiane de 19,5 années (1-42). Sept étaient enseignants de médecine générale. La durée moyenne des entretiens était de 30 minutes.

Dix médecins étaient installés et 4 étaient remplaçants. Quarante-deux unités de sens différentes ont émergé lors du codage primaire.

D'après les médecins généralistes interrogés, l'incertitude était inhérente à la consultation en médecine générale. Elle était même perçue comme nécessaire, bien que parfois paralysante dans la prise de décision. La tolérance à l'incertitude, c'est-à-dire l'acceptation ou non de celle-ci au cours de la consultation, dépendait de plusieurs déterminants : le contexte de la consultation (jour de la semaine, heure de la journée...), les facteurs liés au médecin (expérience,



© Orlando Florin Rosu - Fotolia.com

personnalité), les facteurs liés au patient (expérience, représentations, personnalité), la relation médecin-malade (connaissance réciproque), l'évaluation du risque. La capacité à estimer le risque d'une situation clinique relevait du recueil d'éléments objectifs, dont l'intégration reposait sur des processus subjectifs. Trois types d'incertitude ont été identifiés : l'incertitude diagnostique (le diagnostic est-il bon ?), l'incertitude thérapeutique (le traitement est-il adapté ?) et l'incertitude relationnelle (qu'est-ce que le patient cherche à me dire ? comment comprend-il mon message ?).

Résultat principal

Trois types d'incertitudes ont été identifiés : diagnostique, thérapeutique et relationnel. Les déterminants de la tolérance à l'incertitude étaient le contexte de la consultation, l'expérience et la personnalité du médecin, les facteurs liés au patient, la relation médecin-malade et le raisonnement clinique.

Commentaires

Cette étude qualitative identifie l'incertitude comme faisant partie de l'exercice de la médecine générale. Elle en propose une définition : l'incertitude renvoie à l'état dans lequel se trouve le médecin lorsqu'il n'est pas certain du diagnostic étiologique ou syndromique au cours d'une consultation, la thérapeutique à proposer, ou qu'il n'est pas sûr de la compréhension qu'il

a du patient et réciproquement. L'incertitude relationnelle serait l'incertitude existant dans le déroulement de l'interaction entre le médecin et son patient. Une définition de la tolérance à l'incertitude a aussi été donnée : elle désigne l'état du médecin ne ressentant pas le besoin de diminuer son niveau d'incertitude pour prendre en charge le patient d'une façon acceptable pour l'ensemble des acteurs (le médecin, le patient, la société). D'après les auteurs, la notion de *gut feeling*⁴ se rapprocherait des mécanismes de tolérance à l'incertitude, avec le *sense of alarm* et le *sense of reassurance*, qui sont des sentiments d'inquiétude ou d'assurance que le médecin éprouve face à une situation, et qu'il peut décider d'écouter pour orienter sa décision. Les auteurs ont proposé une modélisation de la tolérance à l'incertitude pour mieux comprendre ce phénomène et le formaliser et qui pourrait être une aide dans la formation initiale. De plus amples travaux de recherche seraient nécessaires pour définir et comprendre les mécanismes de l'incertitude relationnelle.

Références

1. Van der Weijden T, Van Velsen M, Dinant GJ, Van Hasselt CM, Grol R. Unexplained complaints in general practice: prevalence, patients' expectations, and professionals' test-ordering behavior. *Med Decis Making* 2003;23:226-31.
2. Care N, Sanche G. Je pense, donc je soigne, les dessous de la décision clinique. *Le médecin du Québec* 2010;5:45-50.
3. Glaser BG, Strauss AL. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. Chicago : Aldine Publishing Company; 2009.
4. Stolper E, van Bokhoven M, Houben P, et al. The diagnostic role of gut feelings in general practice. A focus group study of the concept and its determinants. *BMC Fam Pract* 2009;18:10-7.