

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
FACULTE DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE : 2019

N° : 163

THESE
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'Etat

DES de Médecine Générale

PAR

Sylvain MOEGLE
Né le 20 avril 1988 à Saint-Louis

LE PARTAGE DE L'INCERTITUDE ENTRE MÉDECIN ET PATIENT

Sous la direction de :
Madame la Professeure Catherine Jung

Président de thèse :
Monsieur le Professeur Gilles BERTSCHY

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
FACULTE DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE : 2019

N° : 163

THESE
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'Etat

DES de Médecine Générale

PAR

Sylvain MOEGLE
Né le 20 avril 1988 à Saint-Louis

LE PARTAGE DE L'INCERTITUDE ENTRE MÉDECIN ET PATIENT

Sous la direction de :
Madame la Professeure Catherine Jung

Président de thèse :
Monsieur le Professeur Gilles BERTSCHY

1
FACULTÉ DE MÉDECINE
(U.F.R. des Sciences Médicales)



- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean
- **Assesseur du Doyen (13.01.10 et 08.02.11)** M. GOICHOT Bernard
- **Doyens honoraires : (1976-1983)** M. DORNER Marc
- **(1983-1989)** M. MANTZ Jean-Marie
- **(1989-1994)** M. VINCENDON Guy
- **(1994-2001)** M. GERLINGER Pierre
- **(3.10.01-7.02.11)** M. LUDES Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. BITSCH Samuel

Edition MAI 2019
Année universitaire 2018-2019

**HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)**

Directeur général :
M. GAUTIER Christophe



A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis

Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak
DOLLFUS Hélène

Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)
Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

PO191

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe P0001	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel P0002	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
ARNAUD Laurent P0186	NRP6 NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak P0005	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BALDAUF Jean-Jacques P0006	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Haute-pierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
BAUMERT Thomas P0007	NRP6 CU	• Pôle Hépatogastro-intestinal de l'Hôpital Civil - Unité d'Hépatologie - Service d'Hépatogastro-Entérologie / NHC	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / PO170	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy P0008	NRP6 Resp	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Haute-pierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	RP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles P0013	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Haute-pierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	NRP6 CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BODIN Frédéric P0187	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
Mme BOEHM-BURGER Nelly P0016	NCS	• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
BONNOMET François P0017	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique

NHC = Nouvel Hôpital Civil HC = Hôpital Civil HP = Hôpital de Haute-pierre PTM = Plateau technique de microbiologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CANDOLFI Ermanno P0025	RP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
CASTELAIN Vincent P0027	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
CHELLY Jameleddine P0173	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre P0041	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie / CCOM d'Illkirch	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
CRIBIER Bernard P0045	NRP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
DANION Jean-Marie P0046	NRP6 NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie 1 / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
DEBRY Christian P0049	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DERUELLE Philippe		• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
DIEMUNSCH Pierre P0051	RP6 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
DUCLOS Bernard P0055	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
DUFOUR Patrick (5) (7) P0056	S/nb Cons	• Centre Régional de Lutte contre le cancer Paul Strauss (convention)	47.02 Option : Cancérologie clinique
EHLINGER Matthieu P0188	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie/Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de la Main et des Nerfs périphériques / CCOM Illkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
GANGI Afshin P0062	RP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRP6 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
GENY Bernard P0064	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe P0065	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0066	RP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRP6 CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail / HC	46.02 Médecine et santé au travail Travail

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Option : Maladies infectieuses
HERBRECHT Raoul P0074	RPô NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepierre	47.01 Hématologie ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAUHAC Benoît P0078	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
KEMPF Jean-François P0083	RPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main-CCOM / Illkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme KESSLER Laurence P0084	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
KOPFERSCHMITT Jacques P0086	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service d'Urgences médico-chirurgicales adultes/Nouvel Hôpital Civil	48.04 Thérapeutique (option clinique)
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie 2 - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II) / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	NRPô CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôpital Hautepierre	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence		• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
LANG Hervé P0090	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LANGER Bruno P0091	RPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale : option gynécologie-Obstétrique
LAUGEL Vincent P0092	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01 Pédiatrie
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Hautepierre	42.01 Anatomie
LIPSKER Dan P0093	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénérologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la main - CCOM / Illkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF GABRIEL		• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Hématologie et d'Oncologie / Hôpital de Hautepierre	47.01 Hématologie: transfusion
MARESCAUX Christian (5) P0097	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD -Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
MARK Manuel P0098	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique, Cytologie et Histologie quantitative / Hôpital de Hautepierre	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
MASSARD Gilbert P0100	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme MATHÉLIN Carole P0101	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie - Hôpital Civil	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre • Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01	Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	RP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MERTES Paul-Michel P0104	NRP6 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / Nouvel Hôpital Civil	48.01	Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Nicolas P0105	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie • Unité de Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	48.03	Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03	Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP6 CS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Digestive / NHC	52.02	Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Haute-pierre / NHC	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
NISAND Israël P0113	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie Obstétrique / Hôpital de Haute-pierre	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale : option gynécologie-Obstétrique
NOEL Georges P0114	NCS	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer Paul Strauss (par convention) - Département de radiothérapie	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
OHLMANN Patrick P0115	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
Mme OLLAND Anne		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre	54.01	Pédiatrie
PELACCIA Thierry		• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Service SAMU/SMUR	48.02	Réanimation et anesthésiologie Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP6 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	52.02	Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	53.02	Chirurgie Générale
PETIT Thierry P0119	CDp	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier		• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Haute-pierre	48.01	Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04	Nutrition
PROUST François P0182	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Haute-pierre	49.02	Neurochirurgie
Mme QUOIX Elisabeth P0124	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03	Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01	Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02	Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL -BERNARD Sylvie P0196	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01	Pédiatrie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ROUL Gérard P0129	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SAUDER Philippe P0142	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
SAUER Arnaud P0183	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
SCHNEIDER Francis P0144	RP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean P0146	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
Mme SPEEG-SCHATZ Claude P0147	RP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
STEIB Jean-Paul P0149	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital Civil	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique P0150	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires - HTA - Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / Hôpital Haute-pierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRP6 NCS CS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Fac de Médecine • Centre de Lutte contre le Cancer Paul Strauss - Serv. Epidémiologie et de biostatistiques	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRP6 NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Fac. de Médecine	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptations gériatriques / Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe P0164	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Haute-pierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil * : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an) CU : Chef d'unité fonctionnelle Pô : Pôle RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle) Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service) Dir : Directeur (1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018 (7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017 (3) (8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017 (5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019 (9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017 (6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017			

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

HABERSETZER François	CS	Pôle Hépatodigestif 4190 Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01 Gastro-Entérologie
CALVEL Laurent	NRPô CS	Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO Service de Soins palliatifs / NHC	55.02 Ophtalmologie
SALVAT Eric		Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur	

MO112	B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)		
--------------	---	--	--

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01	Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTAL Maria Cristina M0003		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hautepierre • Faculté de Médecine / Institut d'Histologie	42.02	Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine M0109		• Centre de lutte contre le cancer Paul Strauss	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie
ARGEMI Xavier M0112		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales Option : Maladies infectieuses
Mme AYME-DIETRICH Estelle		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / NHC	48.03	Option: pharmacologie fondamentale
Mme BARNIG Cindy M0110		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations Fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie
Mme BARTH Heidi M0005 (Dispo → 31.12.2018)		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01	Bactériologie - <u>Virologie</u> (Option biologique)
Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
BONNEMAINS Laurent M0099		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	54.01	Pédiatrie
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03	Immunologie
CAZZATO Roberto		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
CERALINE Jocelyn M0012		• Pôle d'Oncologie et d'Hématologie - Service d'Oncologie et d'Hématologie / HP	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
COLLONGUES Nicolas M0016		• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01	Neurologie
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme de MARTINO Sylvie M0018		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01	Bactériologie -virologie Option bactériologie-virologie biologique
Mme DEPIENNE Christel M0100 (Dispo->15.08.18)	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique / HP	47.04	Génétique
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie
FILISSETTI Denis M0025		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02	Physiologie (option clinique)
GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03	Biologie cellulaire (option biologique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
Mme HEIMBURGER Céline		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
Mme HELMS Julie M0114		• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Réanimation
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP et NHC	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
Mme JACAMON-FARRUGIA Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03	Médecine Légale et droit de la santé
JEGU Jérémie M0101		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil	46.01	Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention (option biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
JEHL François M0035		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LAVIGNE Thierry M0043	CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service d'Hygiène hospitalière et de médecine préventive / PTM et HUS - Equipe opérationnelle d'Hygiène	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
Mme LEJAY Anne M0102		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (Biologique)
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
LEPILLER Quentin M0104 (Dispo → 31.08.2018)		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière (Biologique)
Mme LETSCHER-BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
Mme LONSDORFER-WOLF Evelyne M0090		• Institut de Physiologie Appliquée - Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Serv. de Chirurgie Maxillo-faciale, plastique reconstructrice et esthétique/HC	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MEYER Alain M0093		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Haute-pierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
NOLL Eric M0111		• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - Hôpital Haute-pierre	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail - HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREAC'H Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFAFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes / NHC • Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
RIEGEL Philippe M0059		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
ROMAIN Benoît M0061		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme SABOU Alina M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SAMAMA Brigitte M0062		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme SCHNEIDER Anne M0107		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie pédiatrique / Hôpital de Haute-pierre	54.02 Chirurgie Infantile
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme SORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
TALHA Samy M0070		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Infantile / Hôpital Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Mme URING-LAMBERT Béatrice M0073		• Institut d'Immunologie / HC • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VILLARD Odile M0076		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey M0077		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAHA Christian	P0166	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques
Mme la Pre RASMUSSEN Anne	P0186	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mr LANDRE Lionel		ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mme THOMAS Marion		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mme SCARFONE Marianna	M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

B4 - MAITRE DE CONFERENCE DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme CHAMBE Juliette	M0108	Département de Médecine générale / Faculté de Médecine	53.03 Médecine générale (01.09.15)
---------------------	-------	--	------------------------------------

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE
C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pr Ass. KOPP Michel	P0167	Médecine générale (depuis le 01.09.2001, renouvelé jusqu'au 31.08.2016)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
---------------------	-------	--------------------------------------

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dre BERTHOU anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018)
Dr BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dr GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017)
Dr SANSELME Anne-Elisabeth		Médecine générale

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES
D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et de Réanimation néonatale (Pédiatrie 2) / Hôpital de Hautepierre
Dr ASTRUC Dominique (par intérim)	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr CALVEL Laurent	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins Palliatifs / NHC et Hôpital de Hautepierre
Dr DELPLANCQ Hervé	NRPô CS	- SAMU-SMUR
Dr GARBIN Olivier	CS	- Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO Schiltigheim
Dre GAUGLER Elise	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - UCSA - Centre d'addictologie / Nouvel Hôpital Civil
Dre GERARD Bénédicte	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Département de génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme GOURIEUX Bénédicte	RPô CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Pr LESSINGER Jean-Marc	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil + Hautepierre
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	NRPô Resp	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	RPô CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr REY David	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Dr TCHOMAKOV Dimitar	NRPô CS	• Pôle Médico-chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques - HP
Mme Dre TEBACHER-ALT Martine	NRPô NCS Resp	• Pôle d'Activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Maladies vasculaires et Hypertension - Centre de pharmacovigilance / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre TOURNOUD Christine	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Centre Antipoison-Toxicovigilance / Nouvel Hôpital Civil

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie** (*membre de l'Institut*)
CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
- o **pour trois ans (1er septembre 2016 au 31 août 2019)**
BOUSQUET Pascal
PINGET Michel
- o **pour trois ans (1er septembre 2017 au 31 août 2020)**
BELLOCQ Jean-Pierre (Anatomie Cytologie pathologique)
CHRISTMANN Daniel (Maladies Infectieuses et tropicales)
MULLER André (Thérapeutique)
- o **pour trois ans (1er septembre 2018 au 31 août 2021)**
Mme DANION-GRILLIAT Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
- o **pour trois ans (1er avril 2019 au 31 mars 2022)**
Mme STEIB Annick (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2021)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

Dr BRAUN Jean-Jacques	ORL (2012-2013 / 2013-2014 / 2014-2015 / 2015-2016)
Pr CHARRON Dominique	Université Paris Diderot (2016-2017 / 2017-2018)
Mme GUI Yali	(Shaanxi/Chine) (2016-2017)
Mme Dre GRAS-VINCENDON Agnès	Pédopsychiatrie (2010-2011 / 2011-2012 / 2013-2014 / 2014-2015)
Dr JENNY Jean-Yves	Chirurgie orthopédique (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018)
Mme KIEFFER Brigitte	IGBMC (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017)
Dr KINTZ Pascal	Médecine Légale (2016-2017 / 2017-2018)
Dr LAND Walter G.	Immunologie (2013-2014 à 2015-2016 / 2016-2017)
Dr LANG Jean-Philippe	Psychiatrie (2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018)
Dr LECOCQ Jehan	IURC - Clémenceau (2016-2017 / 2017-2018)
Dr REIS Jacques	Neurologie (2017-2018)
Pr REN Guo Sheng	(Chongqing / Chine) / Oncologie (2014-2015 à 2016-2017)
Dr RICCO Jean-Baptiste	CHU Poitiers (2017-2018)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.2011
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.2017	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BROGARD Jean-Marie (Médecine interne) / 01.09.02	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BUCHHEIT Fernand (Neurochirurgie) / 01.10.99	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
BURSZTEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.2011
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.2009
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.2011
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DORNER Marc (Médecine Interne) / 01.10.87	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.2016	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.2009	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.2009
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.2009	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.2011	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KIRN André (Virologie) / 01.09.99	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KREMER Michel (Parasitologie) / 01.05.98	
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	
KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07	

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08
- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- **Hôpital de l'Isau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES
À LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Remerciements

À Monsieur le Professeur Gilles BERTSCHY

*Professeur des Universités – Praticien Hospitalier en Psychiatrie
Chef du Pôle de Psychiatrie, santé mentale et addictologie
à la Faculté de Médecine de Strasbourg*

Vous nous faites l'honneur de présider le jury.

*

À Madame la Professeure Catherine JUNG

*Professeure associée de Médecine Générale
à la Faculté de Médecine de Strasbourg*

Vous m'avez fait l'honneur de diriger ce travail. Merci pour la personne que vous êtes, votre sens aigu de l'écoute et de l'empathie pour chacun. Merci d'avoir confirmé mon goût pour les soins primaires. Merci pour votre disponibilité, votre temps consacré à m'aider, votre finesse, votre expertise pour des soins de qualité au patient et pour votre enthousiasme pour le thème de la thèse. Ce travail est aussi le vôtre.

*

À Monsieur le Professeur Jean-Christophe WEBER

*Professeur des Universités – Praticien Hospitalier en Médecine Interne
à la Faculté de Médecine de Strasbourg*

Vous nous faites l'honneur de juger ce travail.

*

À Monsieur le Docteur Mathieu LORENZO

*Maître de Conférence des Universités en Médecine Générale
à la Faculté de Médecine de Strasbourg*

Vous nous faites l'honneur de juger ce travail. Votre thèse sur l'incertitude a été très inspirante pour notre travail.

À tous les médecins qui ont accepté de participer à l'étude, pour le temps qu'ils m'ont consacré, leur riche partage d'expérience de pratique médicale.

À la Société Française de Médecine Générale, qui a contribué à ce travail par la rédaction d'une synthèse de l'avis de sociétaires. En particulier, je remercie le Dr Olivier Kandel pour sa proposition d'aide. Merci pour tous vos travaux en tant que société savante, notamment ceux sur l'incertitude, qui contribuent à une médecine générale de qualité.

À Anne-Claire, Véronique ma maman et Céline, pour vos relectures attentives.

Dédicaces

À tous les médecins et professeurs qui m'ont formé, qui m'ont donné goût à la médecine, d'abord à l'hôpital, puis pour la médecine générale.

En particulier au Professeur Yves Hansmann et au Dr Nicolas Lefebvre du service des maladies infectieuses, pour votre sens de la pédagogie.

Au Professeur Vogel, pour votre approche de la gériatrie et la transmission d'une médecine de qualité aux étudiants.

Au Dr Coca Claudia et au Dr Christophe Saigne.

Au Dr Patrick Herrmann : merci de m'avoir mené au cas princeps qui a conduit à cette thèse et de m'avoir transmis vos compétences pour une médecine de qualité.

À Mr et Mme les Drs Lévêque pour la transmission de multiples compétences en médecine générale.

Au Dr Cordier, au Dr Stockel, au Dr Gras et au Dr Decloux qui ont aussi contribué à ma formation de médecine générale.

Aux médecins de la Maison de santé pluriprofessionnelle du Neuhof, pour vos valeurs et vos compétences.

Aux collègues de Issenheim, Perrine, Marie, Cathel, Caroline, Yves, Thierry et Christophe, merci pour ces deux dernières années à vos côtés.

À mes futurs collègues, Marion, Mathieu, et Vincent.

À toute ma famille,

À toi Céline, mon p'tit bout, pour la vie que je savoure chaque jour à tes côtés, merci pour tout.

À toi Eve, pour ce cadeau de la vie que tu es, pour toute ta joie et celle que tu diffuses autour de toi. À tatie Chantal, qui prend soin de toi toutes ces journées.

À mes parents, merci pour votre amour, votre soutien toutes ces années, je vous dois tout.

À papi François, mamie Marie-Jeanne, pour votre générosité de cœur, votre sens de la famille, pour tout votre amour.

À papi André, pour ton ouverture aux autres. À mamie Lucie, pour ta douceur qui nous manque.

À toi Lison, pour ton authenticité, ton sens de l'attention pour chacun, y compris depuis l'Inde.

À toi Baptiste, je te passe le relais !

À Amaëlle et Julien, pour tous les paysages que vous nous faites et ferez découvrir.

Aux Gerardi, pour votre sens de la famille.

À mes oncles et tantes. À mon parrain pour ton dévouement que j'admire. À ma marraine pour ton ouverture musicale. À mes cousins, pour tous ces moments de notre enfance. À Pierrot et Thomas pour votre curiosité et votre sens de l'environnement, vous êtes des moteurs pour nous.

À Astrid, tu fais partie de la famille, merci pour ta fidèle amitié.

À toute ma belle-famille Ramstein. À Brigitte et Henri, merci pour tout votre soutien pendant ces études, votre aide au quotidien, votre sens de la famille. À Sophie et Steph pour votre confiance, pour tes 12 travaux Steph, pour ma culture générale du bricolage, pour m'avoir fait découvrir mes mains et sauvé mon bras... À Simon et tes camions, à mon filleul Robinou, merci pour tout.

À mes amis,

À la « team bou dong », Hélène et Seb, compagnons de route y compris des ruelles sombres, pour votre amitié indéfectible, pour tous les moments passés et futurs.

À Anne-Claire et Clément, pour votre amitié, votre proximité malgré la distance et votre confiance. À votre grande arrivée !

À Thieb et Katie, merci pour votre amitié, pour votre confiance. À mon filleul Gabriel.

Seb, pour ton amitié, ta folie, ton imagination artistique débordante mais pas que ! Tu me fais tant rire !

Aux Pierrot, pour ces randos et ces bons moments partagés, pour votre amitié.

À Marie et Olivier, pour votre amitié, votre simplicité.

À Sophie, Esther, Carole et Sam, Madeleine, Priscille, Elsa, Nicole, tous les amis du GBU qui ont marqué ces années d'études, merci pour tout votre soutien et votre amitié.

À Milène pour ton sens modèle de l'organisation, Loïc, Solène, JD, Marie et JC, merci pour votre amitié.

À Lamine, pour ton amitié, ta joie, le super papa que tu seras pour Thierno-Ibrahim !

À toute la famille Menet, vous faites partie de ces piliers de confiance qu'on a la chance de connaître, merci pour votre soutien, et votre amitié depuis toujours.

Aux copains de la fac, Thibaut, Yvon, Hassanine, Pia, Elsa, Flora, Amélie, Sandra, Bilal et Pauline, pour tous ces bons moments partagés.

À tous ceux que j'oublie et que j'aime.

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION	23
II. MATERIEL ET METHODE	28
A. CONCEPTION DE L'ETUDE	28
B. ENTRETIENS.....	28
C. PARTICIPANTS	28
D. DEROULEMENT DES ENTRETIENS	29
E. RETRANSCRIPTION DES DONNEES.....	29
F. AUTRES MODALITES.....	29
III. RESULTATS	30
A. FACTEURS INFLUENÇANT LE PARTAGE DE L'INCERTITUDE.....	31
1. <i>Le devoir d'information du médecin envers les patients</i>	31
a) Cadre éthique	31
b) Cadre légal.....	33
2. <i>Facteurs liés au patient</i>	35
a) Les attentes du patient.....	35
b) Les difficultés de communication avec le patient	36
c) Le patient s'adresse à un supposé sachant.....	37
d) La différence de temporalité entre le patient et le médecin.....	38
e) La tolérance à l'incertitude du patient	39
3. <i>Facteurs liés à la pathologie en question</i>	39
a) Les symptômes médicalement inexplicables	39
b) La gravité potentielle et le caractère urgent de la pathologie	40
4. <i>Facteurs liés au médecin</i>	41
a) Des comportements vertueux.....	41
b) L'expérience du médecin	43
c) La connaissance du patient sur le long terme	44
d) Le degré d'incertitude et le degré de tolérance à l'incertitude du médecin	45
e) L'attitude réflexive du médecin.....	46
f) Les émotions du médecin	47
B. LES AVANTAGES ET LES INCONVENIENTS DE LA DIVULGATION DE L'INCERTITUDE DU MEDECIN AU PATIENT	47
1. <i>Les avantages du partage de l'incertitude</i>	47
a) Les avantages du partage de l'incertitude pour le patient	47
(1) Amélioration de la satisfaction du patient.....	47
(2) Amélioration de la compréhension du patient sur son état de santé : source de responsabilisation et d'implication dans sa prise en charge.....	50
(3) Stimulation de la réflexion chez le patient.....	52
(4) Amélioration du respect de l'autonomie du patient.....	53

(5) Amélioration de l'efficacité thérapeutique et de la qualité des soins : diminution de la iatrogénie..	53
b) Les avantages du partage de l'incertitude pour le médecin	55
(1) Amélioration de la satisfaction d'exercice des médecins, prévention du burnout	55
(2) Amélioration de la tolérance à l'incertitude du médecin	56
(3) Utilisation du temps comme outil diagnostique.....	57
(4) Source de soulagement des responsabilités médico-légales.....	59
c) Les avantages du partage de l'incertitude pour la relation soigné-soignant.....	60
(1) Amélioration de la confiance du patient : une relation de vérité dans un cadre éthique.....	60
(2) Création d'un partenariat entre le médecin et le patient : un préalable à la décision médicale partagée	62
d) Les avantages du partage de l'incertitude pour la société : diminution du nombre d'exams complémentaires et donc des coûts.....	63
2. <i>Les inconvénients du partage de l'incertitude</i>	64
a) Les inconvénients du partage de l'incertitude pour le patient.....	64
(1) Risque de décharge du fardeau de la décision sur le patient.....	64
(2) Risque d'un effet d'annonce et de génération d'anxiété	65
b) Les inconvénients du partage de l'incertitude pour le médecin.....	66
(1) Source de frustration pour le médecin.....	66
(2) Risque de perte de crédibilité du médecin	67
c) Les inconvénients du partage de l'incertitude pour la relation soigné-soignant : risque de perte de confiance du patient en son médecin, source de nomadisme médical	68
C. COMMENT LES MEDECINS COMMUNIQUENT LEUR INCERTITUDE.....	69
1. <i>Expression d'incertitude et proposition d'une stratégie claire</i>	69
a) La modalité épistémique	70
b) Explication d'une stratégie claire.....	71
c) La clarté de l'explication	72
2. <i>Négociation d'une décision avec le patient : une décision médicale partagée</i>	73
3. <i>Une relation saine et en vérité</i>	74
4. <i>Le médecin s'adapte au patient</i>	75
5. <i>L'empathie au service du tact</i>	77
a) Attitude empathique	77
b) Utilisation des émotions du médecin	78
c) Montrer son soutien et rester positif.....	79
d) Précautions, retenue et tact.....	80
e) Donner du temps au temps	82
6. <i>Une démarche d'Evidence Based Medicine</i>	83
IV. DISCUSSION	85
1. <i>Le partage de l'incertitude répond à un principe éthique</i>	85
2. <i>Cadre législatif et réglementaire : le principe d'autonomie a une traduction dans la loi</i> ..	87
3. <i>Incertain vue vécue par le médecin</i>	87
4. <i>Les caractéristiques des patients influencent le partage de l'incertitude</i>	89

a) Le niveau de compréhension des patients	89
b) La tolérance des patients à l'incertitude	93
5. <i>Intérêt du partage de l'incertitude sur la qualité des soins</i>	95
6. <i>Comment partager l'incertitude ?</i>	97
a) Compétences en communication.....	97
b) Stratégie de communication des risques	98
c) Expression directe et indirecte de l'incertitude	99
d) Démarche d'amélioration de la tolérance à l'incertitude.....	101
(1) La communication centrée sur le patient – une adaptation à l'individu.....	101
(2) Empathie et tact – outils de communication.....	103
7. <i>Limites de l'étude</i>	108
8. <i>Prospectives</i>	109
V. CONCLUSION	110
VI. ANNEXES	112
VII. BIBLIOGRAPHIE	117

I. Introduction

« *La médecine est une science de l'incertitude et un art de la probabilité.* » Wiliam Osler (1)

L'incertitude est une situation fréquente en médecine générale. Les médecins découvrent au cours de leurs études l'existence de ce phénomène. Ils sont amenés à apprendre à gérer cette incertitude, qui peut être de nature diagnostique, pronostique ou thérapeutique selon Lewith (2) et Hartz (3). Une incertitude de nature relationnelle a été aussi décrite par certains auteurs comme Beresford (4). L'incertitude est, selon le dictionnaire Larousse (5), l'état de quelqu'un qui ne sait quel parti prendre ou l'état plus ou moins préoccupant de quelqu'un qui est dans l'attente d'une chose incertaine. D'après le dictionnaire Merriam-Webster (6), l'incertitude est un état indéfini, indéterminé, peu fiable, inconnu, indéfiniment indéterminé ou défini, et/ou non constant. Fox (7) a défini trois raisons fondamentales de l'incertitude en médecine, qu'il présente en trois niveaux. Le niveau 1 correspond à l'incertitude liée au manque de connaissances du médecin par rapport aux données actuelles de la science. Le niveau 2 correspond à l'incertitude liée aux limites des connaissances médicales actuelles, comme les symptômes médicalement inexpliqués. Le niveau 3 correspond à l'incertitude liée à la difficulté pour le médecin de faire la part des choses entre une incertitude de niveau 1 et 2. Light a identifié cinq facteurs supplémentaires d'incertitude, cités par Biehn (8) : la nécessité pour les étudiants en médecine de satisfaire leurs professeurs, la peur d'une insuffisance de savoir médical liée à la masse des connaissances, le diagnostic souvent inexact, le traitement qui dépend de l'imprécision du diagnostic et les patients, dont les comportements et la réponse au traitement peuvent être variables. Bhise (9) définit l'incertitude diagnostique comme la perception subjective de l'incapacité à fournir une explication précise du problème de santé du patient. Selon la définition de Smithon (10), reprise par la suite par Han (11), l'incertitude est la conscience consciente et métacognitive de l'ignorance. L'incertitude a de nombreuses définitions, du fait de ses nombreuses sources. Pour Han (11) et Hillen (12) il y a trois sources d'incertitudes : la probabilité, l'ambiguïté et la complexité, qui traduisent un état d'une certaine ignorance. Ainsi d'après Hillen (12), c'est la perception d'un stimulus d'ignorance qui génère l'incertitude. La génération d'incertitude en réponse au stimulus d'ignorance se produit par le biais du processus d'intolérance à l'incertitude. Cette perception est modulée selon Hillen (12) par certains facteurs : les caractéristiques du stimulus, les caractéristiques individuelles, les caractéristiques situationnelles, les facteurs sociaux et

culturels. Selon Han (11), la probabilité, appelée aussi le risque, est liée à l'indétermination fondamentale ou au hasard des résultats futurs. C'est l'incertitude aléatoire ou de premier ordre. L'ambiguïté est liée au manque de fiabilité, de crédibilité et d'adéquation de l'information sur la probabilité. C'est l'incertitude épistémique ou de second ordre. Enfin, la complexité est liée aux caractéristiques de l'information qui rendent difficile la compréhension. Il s'agit par exemple de la multiplicité des risques ou de leur instabilité dans le temps. Selon Mishel (13), l'incertitude liée à la maladie correspond à l'incapacité de déterminer le sens de la maladie, qui résulte de l'ambiguïté, de la complexité et de l'imprévisibilité de la maladie ou du manque d'information sur sa maladie et ses conséquences. Pour Politi (14), il y a encore l'incertitude à propos de la signification personnelle des risques particuliers, en terme de gravité et de temporalité.

Beresford (4) et Greenalgh (15) ont défini plusieurs dimensions de l'incertitude dans la pratique clinique. L'incertitude technique est liée à un manque d'informations suffisantes pour prédire l'évolution d'une maladie et à l'incertitude sur l'exactitude et la pertinence des données probantes. L'incertitude conceptuelle est liée à la difficulté d'appliquer les connaissances sur la population à un individu particulier. Enfin, l'incertitude personnelle est liée à l'ignorance de l'histoire du patient et de ses souhaits. Greenalgh (15) a décrit également l'incertitude liée aux efforts de collaborations complexes dans les soins cliniques. Hatch (16) insiste sur l'importance de la prise de conscience de l'incertitude dans la recherche scientifique, y compris pour des données probantes. En effet, les études cliniques mettent en avant des résultats statistiquement significatifs, mais leur pertinence et leur impact pour la santé des patients, après contextualisation, ne sont pas toujours aussi certains et méritent d'être soulevés, communiqués et relativisés.

L'incertitude est omniprésente et particulièrement inhérente au contexte des soins primaires (16–19). D'après la définition de la WONCA (20), le médecin généraliste intervient au stade précoce et/ou indifférencié de la maladie. Les symptômes sont donc souvent peu clairs et ne correspondent pas directement aux tableaux de maladies bien décrites. La prévalence des affections organiques est faible en médecine générale (21). De plus, la prévalence des symptômes physiques médicalement inexpliqués est élevée, en moyenne un tiers des consultations, entre 13 et 74 % selon les études (22–25). Il y a encore un autre facteur générateur d'incertitude, qui est le haut degré de complexité des situations cliniques, lié à

l'intrication des problématiques polypathologiques et psycho-sociales pour lesquelles aucune étude n'a été validée. Selon Edgard Morin (26), « *dans toute complexité il y a une part d'incertitude* ». Or, la complexité augmente partout : l'incertitude est donc croissante. Le médecin généraliste est un gestionnaire de la complexité. Plus le territoire connu est vaste, plus l'incertitude augmente d'après Gerrity (27). Pour Rogers (28), la médecine est inévitablement incertaine. Pour Fugelli (29), « *nous travaillons dans une mer d'incertitude.* »

Géraldine Bloy (30) a décrit un modèle regroupant quatre types d'incertitudes. Ce modèle synthétise les différents modes de gestion de l'incertitude, propres à chaque médecin, en fonction de la considération accordée à la plainte profane du patient et de la vigilance scientifique par rapport aux recommandations actuelles. **L'incertitude prégnante** représente le régime où l'incertitude est maximale, et est caractérisée par une pratique réflexive, une démarche d'Evidence Based Medicine (EBM) prédominante, un désir de se former continuellement par le biais de Formations Médicales Continues (FMC) ou de groupes de pairs et une ouverture aux sciences humaines et sociales. **L'incertitude explorée** signe une prise de distance avec les recommandations biomédicales, un fort attrait pour les sciences humaines, la psychanalyse et une sacralisation du colloque singulier. **L'incertitude balisée** représente une attitude basée sur les protocoles des diverses spécialités médicales, une réduction de la plainte du patient et de la complexité et une augmentation des examens complémentaires. Enfin, **l'incertitude contenue** représente le régime où l'incertitude est minimale, avec un faible engagement pour la plainte du patient et pour les recommandations scientifiques. Il s'agit d'une attitude de minimisation des efforts au profit d'une optimisation économique. Ainsi, selon Géraldine Bloy (30), le positionnement du médecin par rapport à l'incertitude est un déterminant très important de sa qualité d'exercice et de son type de pratique. Concernant la gestion de l'incertitude, il y a deux extrêmes selon la tolérance à l'incertitude du médecin (31) : soit l'intolérance, attitude rigide où l'incertitude devient paralysante, soit la tolérance excessive, qui entraîne une négligence médicale en occultant l'incertitude. Ceccaldi (32) décrit un espace virtuel vertueux qui se situe entre ces deux vices. La tolérance à l'incertitude est, selon le modèle conceptuel intégratif et multidimensionnel de Hillen (12), l'ensemble des réactions psychologiques négatives et positives, cognitives, émotionnelles et comportementales, provoquées par la conscience consciente et métacognitive de l'ignorance concernant des aspects particuliers du monde. La tolérance à l'incertitude selon Lorenzo (33), correspond à l'état du médecin ne ressentant pas le besoin d'augmenter son

niveau de certitude pour prendre en charge le patient de façon acceptable pour les deux parties. Le médecin utilise son raisonnement clinique pour évaluer le problème de santé du patient puis le prendre en charge. Pour Lorenzo (33), l'estimation du risque de la situation est déterminante pour la tolérance à l'incertitude, selon que le risque est tolérable ou non.

La gestion de l'incertitude est donc dépendante de la tolérance à l'incertitude du médecin. Nous avons choisi de nous intéresser à un aspect de la gestion de l'incertitude, qui est la communication de l'incertitude du médecin au patient. Le partage de l'incertitude entre le médecin et le patient correspond à un modèle de plus en plus accepté, voire nécessaire selon certains auteurs, à l'avènement de l'ère de la décision médicale partagée, de la médecine de précision et de l'EBM (34–36). Selon plusieurs auteurs, la décision médicale partagée facilite la promotion et une acceptation plus mature et partagée de l'incertitude (37,38). L'incertitude est dynamique, évolutive et est à considérer comme la norme, d'après Bhise (36). La reconnaissance de l'incertitude par les médecins permet d'améliorer la gestion de l'incertitude, la qualité des décisions médicales et des diagnostics et de réduire les coûts de santé (36,39). Elle est aussi source de sagesse selon le philosophe grec Socrate, cité par Buetow (40) : « *Pour moi, tout ce que je sais, c'est que je ne sais rien.* » Bhise (36) précise qu'une meilleure communication de l'incertitude facilite un suivi plus étroit des patients et permet aux patients de réagir si leur état reste inchangé ou s'aggrave. La divulgation complète de l'incertitude entraîne de nouvelles responsabilités pour le patient et facilite sa participation à la prise de décision : il s'agit d'une nouvelle étape pour la relation médecin-patient, source de compréhension et de satisfaction pour le patient d'après Henry (35). Pour lui, la crise de la faute professionnelle est liée au manque de divulgation de l'incertitude. Il y a, en effet, moins de poursuites pour fautes professionnelles lors de l'utilisation de comportements verbaux tels que l'humour, la facilitation de la conversation ou la vérification de la compréhension du patient (34). Pour Jones (17), le patient est capable d'entendre que le médecin ne connaît pas encore le diagnostic, à condition que le médecin le traite avec respect, comme un partenaire que l'on écoute et que l'on rassure de façon appropriée. Le médecin, expert en médecine, coopère et partage le pouvoir avec le patient, seul expert sur lui-même, sa vie, ses sentiments et ses sensations corporelles (29). Une approche de la gestion de l'incertitude consiste à explorer la perspective du patient, en évaluant sa compréhension des symptômes, ses attentes, ses craintes, sa tolérance à l'absence de diagnostic précis et le degré de risque qu'il est prêt à accepter (41). Une bonne gestion de l'incertitude est un facteur de satisfaction professionnelle

d'après Biehn (8). Selon Cooke (42), l'intolérance à l'incertitude et la réticence à la divulgation de l'incertitude sont associés à un haut degré d'épuisement professionnel.

Dans la littérature, le partage de l'incertitude fait l'objet d'un certain nombre de difficultés. Tout d'abord, d'après Katz (43) et Atkinson (44), les médecins ont été formés pour montrer un air de confiance et ignorer l'incertitude. Ainsi, les médecins ont des réticences pour reconnaître l'incertitude par peur de répercussions sur la confiance des patients. Ils s'engouffrent souvent dans une quête obstinée de certitude, selon Kassirer (45). Or, d'après lui, la certitude est inatteignable. Ils utilisent ainsi l'action, comme les examens complémentaires, pour résoudre l'incertitude, ce qui leur donne l'impression de rendre plus contrôlable une situation menaçante. Ceci est source de sur-traitement et de iatrogénie. Il y a une surestimation de l'impact négatif de l'incertitude par les médecins selon Simpson (46). Les théoriciens, tels que Politi (38), Braddock (37) et Calnan (47), montrent l'importance d'une reconnaissance accrue de l'incertitude pour la qualité de la relation médecin-patient, mais les études ont des résultats mitigés. Han (11) évoque un certain nombre de problèmes conceptuels, méthodologiques et éthiques liés au partage de l'incertitude. Johnson (48) met en évidence dans une étude expérimentale, que des patients simulés sont moins satisfaits lors de l'expression d'incertitude des médecins.

Pour Seely (49), les médecins doivent tenter de réduire l'incertitude informationnelle, qui est liée au manque d'information et de compréhension de l'information. Les médecins doivent également gérer et admettre au patient la présence irréductible de l'incertitude intrinsèque, qui elle n'est pas influencée par le niveau de connaissance. Selon plusieurs auteurs, la manière de présenter l'incertitude aux patients a un impact sur leur satisfaction (35,50). Le médecin porte le rôle de gestionnaire de risques mais a aussi celui d'aide au patient pour faire face à l'incertitude selon Wellbery (51).

Ainsi, le partage de l'incertitude entre le médecin et le patient présente des aspects contrastés selon les études. Il se présente à la fois comme une nécessité pour la qualité des soins mais aussi comme un défi avec des inconvénients notables et des particularités dans son élaboration. De plus, il n'existe pas, à l'heure actuelle, de véritable méthode consensuelle du partage de l'incertitude. Pour savoir comment les médecins partagent leurs incertitudes aux patients, nous tentons de répondre à plusieurs questions : Quels sont les facteurs qui influencent ce partage ? Comment perçoivent-ils les avantages ? Les inconvénients ? Les difficultés ? Enfin, comment le médecin procède-t-il pour communiquer l'incertitude au patient ?

II. Matériel et méthode

A. Conception de l'étude

Une étude qualitative (52) par théorisation ancrée a été réalisée pour répondre à la question de recherche. Cette méthodologie permet d'étudier les représentations des médecins sur leur pratique. Les caractéristiques de l'étude ont été déterminées selon les critères COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research) (53). La méthode de théorisation ancrée vise à explorer un domaine particulier, à partir des données obtenues lors des entretiens pour en extraire des thèmes et théoriser un phénomène.

B. Entretiens

Le recueil de données a été effectué par la réalisation d'entretiens individuels semi-dirigés selon la méthode de l'entretien compréhensif (54,55). Il s'agissait d'entretiens en face à face entre l'investigateur et l'enquêté. L'investigateur de l'étude était un homme étudiant en médecine générale, qui exerçait une activité de remplaçant en cabinet libéral. Il s'agissait pour lui d'une première expérience en recherche qualitative. L'investigateur était intéressé par le sujet mais a essayé de garder une position de neutralité pendant les entretiens pour moins influencer le discours.

C. Participants

Nos critères d'inclusion étaient : être titulaire d'un doctorat en médecine, exercer la médecine générale et être installé en Alsace. L'échantillonnage a été déterminé de façon à être diversifié en âge, sexe et lieu d'installation. La méthode par effet boule de neige a été utilisée pour sélectionner les interviewés. Cette méthode consiste à demander à chaque participant s'il connaît quelqu'un susceptible d'accepter de participer à l'étude. Les interviewés ont été contactés par téléphone ou par mail. Lors de cette prise de contact, le chercheur se présentait brièvement, annonçait le thème de l'étude, le déroulement des entretiens et l'anonymisation des données enregistrées. La durée indicative des entretiens était de trente minutes minimum, afin d'avoir un temps suffisant pour explorer en profondeur les représentations des

interviewés. Il n'y a eu aucun refus de la part des participants. La taille de l'échantillon n'a pas été définie avant l'étude.

D. Déroulement des entretiens

Une présentation rapide de la problématique de la thèse et de l'entretien était réalisée au début de la rencontre. Un guide d'entretien a été suivi pour structurer l'échange. Des questions ouvertes ont été formulées pour laisser la place au discours du participant. Ce guide a été modifié après avoir été testé lors des deux premiers entretiens (voir Annexes). L'auteur prenait quelques notes pendant l'entretien pour préparer les relances.

Les entretiens ont été enregistrés puis anonymisés après accord des participants, à l'aide de la fonction dictaphone d'un iPhone appartenant à l'enquêteur.

E. Retranscription des données

L'auteur a réécouté et retranscrit les entretiens par informatique à l'aide du logiciel Microsoft Word sur son ordinateur portable personnel. Le verbatim a été numéroté dans l'ordre chronologique des entretiens. L'analyse et le codage thématique des résultats ont été effectués par l'auteur avec l'assistance d'un logiciel d'aide au codage gratuit, RQDA. Le codage a été effectué au fur et à mesure du recueil des données. Il n'y a pas eu double codage des résultats. Les thèmes ont été définis à partir des données obtenues lors du codage.

F. Autres modalités

Les participants étaient prévenus qu'ils pouvaient apporter un complément d'information en s'enregistrant et en le transmettant à l'enquêteur par la suite. Les participants n'ont pas eu de retour du verbatim retranscrit. Des citations des participants issues du verbatim ont été utilisées pour illustrer les résultats.

III. Résultats

8 entretiens ont été menés de mai à décembre 2017 auprès de médecins installés en Alsace. Il y avait 3 hommes et 5 femmes médecins parmi les interviewés. Les entretiens ont été arrêtés après saturation des données. Les retranscriptions sont disponibles sur internet via le lien ci-contre : https://drive.google.com/open?id=1_8y2_sWjDmqGdrF04Vb0jjJUYBKx3veW.

La durée moyenne d'installation était de 14.6 années (1 – 34). L'âge moyen des interviewés était de 48.5 ans (32-65). Quatre d'entre eux étaient maîtres de stage des universités.

Les entretiens se sont déroulés au cabinet de l'interviewé (n=4), au domicile de l'intervieweur (n=2), au domicile de l'interviewé (n=1) ou dans un café (n=1).

La durée moyenne de l'entretien était de 54 minutes et 30 secondes. La durée totale des entretiens était de 436 minutes soit 7 heures et 16 minutes.

Entretien	sexe	âge	durée installation	lieux d'installation	durée entretien	lieu entretien	Maître de stage
1	homme	33	2	rural	59 min	cabinet	non
2	homme	65	33	urbain	30 min	cabinet	non
3	femme	62	25	rural	60 min	cabinet	oui
4	femme	32	2	urbain	92 min	domicile de l'intervieweur	oui
5	femme	33	1	semi-rural	54 min	cabinet	non
6	femme	40	5	semi-rural	37 min	domicile de l'intervieweur	oui
7	femme	61	15	urbain	54 min	dans un café	non
8	homme	62	34	semi-rural	50 min	domicile de l'interviewé	oui

Tableau 1 : caractéristiques des entretiens et des interviewés

L'analyse des résultats fait émerger plusieurs thèmes sur le partage de l'incertitude : les facteurs d'influence, les avantages et inconvénients ainsi que les méthodes de communication de l'incertitude.

A. Facteurs influençant le partage de l'incertitude

1. Le devoir d'information du médecin envers les patients

a) Cadre éthique

La réflexion éthique peut s'aborder selon deux orientations. La téléologie est issue du grec *télos*, le but, la fin. L'orientation téléologique est basée sur la finalité de l'action, sur le but, comme le bien du patient par exemple. C'est un principe issu de l'éthique utilitariste. La déontologie est, quant à elle, issue du grec *déontos*, le devoir. L'orientation déontologique est axée sur le respect de la loi, quel que soit le but. La pratique médicale est encadrée par des principes éthiques. Ils guident la réflexion des médecins. Les quatre principes fondamentaux de l'éthique médicale fondés par Beauchamp et Childress (56) sont le respect de l'autonomie, la bienfaisance, la non malfaisance et la justice.

Concernant le principe du respect de l'autonomie : au sens philosophique, l'autonomie est à la base des droits fondamentaux du patient et un trait distinctif de la personne humaine. Au sens du droit, l'autonomie signifie la capacité de discernement. Il implique un respect de la liberté de décision du patient. Une conséquence directe du principe d'autonomie est le consentement libre et éclairé.

Dans les entretiens, le respect de l'autonomie du patient est un moteur du partage de l'incertitude pour les médecins.

« Par respect pour les gens qui me font confiance, je pense qu'il faut que je leur dise ce qu'il se passe. » Entretien 8.

« Je suis convaincu par le patient euh... décideur de sa prise en charge, mais encore faut-il lui donner des éléments pour qu'il prenne une décision, à la mesure des capacités dont il dispose. » Entretien 1.

Concernant le principe de bienfaisance : il consiste à se soucier du bien du patient. Il s'agit de son bien, comme il l'entend lui-même.

« *Je pense vraiment que c'est dans l'intérêt du patient, ce n'est pas juste se décharger de l'information pour se protéger.* » Entretien 1.

Le médecin vise ici le bien du patient en agissant dans l'intérêt du patient.

Quant au principe de non malfaisance : il consiste à ne pas nuire et revêt un caractère obligatoire contrairement au principe de bienfaisance. Il est évoqué par la maxime d'Hippocrate « *primum non nocere* » (tout d'abord, ne pas nuire).

« *Si tu commences à partager plein de choses, notamment tes incertitudes à quelqu'un... quelqu'un qui ne veut pas... qui veut pas trop de détails et que ça va angoisser plus qu'autre chose, eh bien tu es contre-productif.* » Entretien 1.

« *Même si on sait pas, faut pas inquiéter les gens, ça sert à rien ça.* » Entretien 5.

Enfin, concernant le principe de justice : il consiste en une juste répartition des ressources de soins entre les patients. Ce principe n'a pas été identifié par l'auteur dans les entretiens.

Le partage de l'incertitude revêt un autre aspect éthique : c'est une attitude « *responsable et raisonnable* » pour le médecin de l'entretien 5.

Ces principes éthiques décrivent un cadre pour l'exercice médical mais sont parfois difficiles à respecter car ils peuvent entrer en conflits entre eux.

Dans l'entretien 5, deux principes éthiques s'opposent. Le médecin décrit la situation d'une patiente qui consulte pour une dyspnée. Cette situation évoque au médecin le diagnostic d'embolie pulmonaire. Il décide alors de l'adresser faire une prise de sang pour doser les D-Dimères, sans lui partager cette hypothèse diagnostique, pour ne pas l'inquiéter.

« *Moi son histoire de spasmophilie ça me plaisait pas, elle était tachycarde, elle saturait à 95 sur mon petit appareil là, je l'ai un peu interrogée. Mais cette dame, si je lui dis "je pense que vous faites une embolie pulmonaire", alors qu'il n'y a aucun signe grave, elle aurait pété une durite à la baraque. Donc je lui ai dit : "Ecoutez, on va voir, je vous rappelle si il y a un problème, faites voir les D-Dimères." Je l'ai envoyée, D-Dimères à 7000. Je l'ai rappelée je*

lui ai dit : "Ecoutez, venez voir, j'appelle la pharmacie, ils vous préparent un truc, vous me le ramenez." Et bisous, je lui ai claqué son truc, je lui ai dit : "Vous faites une embolie pulmonaire, mais vous allez bien, mais il faut aller aux urgences et vous êtes traitée." »
Entretien 5.

Ce médecin propose un examen complémentaire à la patiente, les D-Dimères, sans lui en expliquer l'intérêt. Le patient ne dispose pas alors des connaissances nécessaires pour prendre une décision en toute liberté et donner son consentement. Cela fait écho au principe d'autonomie qui n'est donc pas respecté. Le médecin justifie son absence de transmission de l'information par le mal évité au patient : il évite d'inquiéter son patient. Cette réflexion fait appel au principe de non malfaisance. Nous sommes face à une situation de conflit entre deux principes éthiques, autonomie face à la non malfaisance. La perspective déontologique, sous tendue par le respect de l'autonomie, s'oppose à la perspective téléologique, qui vise la finalité, ne pas nuire au patient. Ces deux principes éthiques étant en opposition, il faut choisir.

Le cadre éthique lié à ces principes éthiques peut entraîner des difficultés d'application dans la pratique médicale quotidienne.

b) Cadre légal

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 (57), dite loi Kouchner, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, encadre le devoir d'information des médecins. D'après l'article L. 1111-2 du Code de la santé publique : « *Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé.* » Le patient a en conséquent un droit à l'information. « *Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.* » L'information concerne donc les hypothèses diagnostiques, les examens complémentaires envisagés, les éventuels traitements, leurs risques et bénéfices attendus et y

compris l'incertitude du médecin. « *Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.* » Tout médecin a ce devoir d'information, qu'il délivre « *au cours d'un entretien individuel* ». Le médecin doit respecter un refus d'information du patient sauf en cas de risque pour autrui : « *La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission.* » Le médecin doit pouvoir donner la preuve que cette information a été donnée : « *En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues au présent article.* »

Cette loi introduit également la décision médicale partagée entre le médecin et le patient, conformément à l'article L. 1111-4 du Code de la santé publique : « *Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.* » L'information du patient est un préalable nécessaire à son consentement, que le médecin doit s'efforcer de recueillir avant tout acte ou traitement : « *Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.* » (Article L. 1111-4 du Code de la santé publique).

La pratique médicale est également encadrée par le Code de déontologie médicale (58), qui régit les devoirs et les droits des médecins. Il est intégré à la partie réglementaire du Code de la Santé publique. Le devoir d'information est précisé dans l'article R. 4127-35 du Code de la Santé publique : « *Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension.* »

Nous constatons que les médecins interrogés n'ont pas véritablement fait référence à la loi pour justifier leurs actions, mais nous pouvons identifier les caractéristiques de l'information claire, loyale et appropriée à délivrer au patient :

- Une information claire : « *s'expliquer avec eux, de façon la plus claire possible* » Entretien 2, « *il faut dire clairement* » Entretien 4.
- Une information loyale : « *En évitant de... de cacher les choses.* » Entretien 1, « *J'essaie de ne pas trop mentir, quand je ne sais pas, je le dis.* » Entretien 4.

- Une information appropriée : « *j'adapte en fonction du patient* » Entretien 4, « *adapter son discours* » Entretien 8.

En cas de manquement à la loi ou au code de déontologie, les médecins peuvent faire l'objet de poursuites judiciaires. Cet aspect est soulevé dans l'entretien 1, où le médecin fait référence à des plaintes contre des médecins en raison d'un défaut d'information à leur patient.

« *Même d'un point de vue médico-légal, quand tu regardes les mises en cause des médecins c'est très souvent là-dessus hein, sur le fait que l'information n'a pas été communiquée, ou mal communiquée. Et donc quelque part, en partageant les informations avec le patient, on se protège de ce risque-là.* » Entretien 1.

Il y a donc un devoir d'information des médecins qui répond à un droit des patients à l'information sur leur état de santé : « *Ils ont le droit de savoir ce que je fais.* » Entretien 8.

Ainsi, de ces règles éthiques et de ce cadre légal et déontologique, il se dégage un devoir moral d'information du patient, y compris en situation d'incertitude. Nous allons voir que ce devoir moral est parfois mis à mal par d'autres facteurs, qui influencent le partage de l'incertitude.

2. Facteurs liés au patient

Chaque patient est un individu avec une singularité propre, des désirs, des peurs, une histoire médicale, psychologique et sociale. Le patient conditionne une partie de l'information qu'il va recevoir par ses désirs d'information sur son état de santé, sa capacité de compréhension de la langue ou encore sa tolérance à l'incertitude. Encore faut-il que le médecin s'enquière de ces éléments.

a) Les attentes du patient

Un patient qui consulte son médecin a, en général, des attentes particulières : des attentes en matière d'information sur son état de santé, d'examen complémentaire, de traitement, etc. Il

est important pour le médecin de s'enquérir des attentes du patient notamment en matière d'information. Certains patients ne souhaitent pas que le médecin rentre dans les détails ou être mêlé au raisonnement médical. Les informer contre leur volonté peut nuire à leur santé et créer des inquiétudes.

« Ce n'est pas anodin de ne pas vouloir avoir d'information médicale sur soi-même. Ça veut dire que quelque part on met quelque chose de côté et il y a une raison de le faire. Et si tu essayes d'aller contre ce mécanisme de défense, tu peux créer des inquiétudes qui sont majeures. » Entretien 1.

Les patients ont des représentations de leur maladie avant même d'avoir le diagnostic : ils sont dans un état d'esprit particulier. La découverte d'une anomalie potentiellement grave peut entraîner de l'incertitude chez les médecins. Le partage avec le patient de cette incertitude sur un diagnostic grave semble alors plus difficile. Les médecins interrogés pensent que les patients ne sont pas suffisamment préparés à entendre quelque chose de trop éloigné de leur imaginaire.

Un médecin évoque sa difficulté à partager son incertitude sur la découverte fortuite d'une masse abdominale chez une patiente qui est venue pour une suspicion de gastroentérite aiguë.

« Celle qui a la masse dans le ventre, elle n'est pas venue pour ça. [...] Elle vient dans un monde où elle a déjà imaginé quelque chose, [...] mais c'est loin de ce qu'elle a imaginé. Alors lui dire : "Ah non mais là c'est pas juste une gastro, c'est un cancer..." » Entretien 7.

Que dire à ce patient qui vient pour une gastroentérite alors que le médecin palpe une masse qui lui fait penser à un cancer ?

b) Les difficultés de communication avec le patient

Les difficultés de communication avec le patient sont un obstacle au partage de l'incertitude. Un patient qui ne maîtrise pas bien la langue française a des difficultés pour comprendre des notions telles que des probabilités ou des incertitudes.

« *Tous les patients ne peuvent pas l'entendre [l'incertitude]. Il y a déjà la maîtrise de la langue.* » Entretien 7.

Selon la définition de l'OCDE (59), la littératie est l'aptitude à comprendre et à utiliser l'information écrite dans la vie courante, à la maison, au travail et dans la collectivité en vue d'atteindre des buts personnels et d'étendre ses connaissances et ses capacités. Un faible niveau de littératie en santé est également un frein à une bonne compréhension de l'incertitude médicale et donc à son partage.

« *Certains patients ont des difficultés de compréhension. Il est difficile, même en choisissant des mots simples, là aussi faut adapter son discours, il est parfois difficile de leur expliquer et le doute [...].* » Entretien 8.

c) Le patient s'adresse à un supposé sachant

Un patient consulte son médecin pour un symptôme qui l'inquiète. Il souhaite savoir si c'est grave. Souvent, il a déjà consulté internet, mais en général, cela augmente son inquiétude quant à la gravité potentielle de son symptôme. Ainsi, il se décide à consulter et s'adresse à quelqu'un qui est sensé savoir, à un supposé sachant. Or, si le médecin est en situation d'incertitude diagnostique, il ne pourra pas affirmer la cause du symptôme. Nous sommes face à la question du partage de l'incertitude diagnostique. Ainsi, si le médecin partage son incertitude, le patient va réaliser que le médecin ne connaît pas, à ce moment-là, la cause de son symptôme de façon certaine. Cela peut entraîner de l'incompréhension chez le patient, voire de l'insatisfaction.

« *Du coup ça peut être perturbant d'être face à quelqu'un qui est sensé savoir et qui vous dit qu'il ne sait pas.* » Entretien 4.

Généralement, les patients ne se rendent pas compte du raisonnement intuitif des médecins et donc de la fréquence de l'incertitude. Il faut, d'après les médecins interrogés, un certain niveau d'éducation ou de maturité pour comprendre qu'un médecin puisse dire « *je ne sais pas* ».

« Ma première idée était de dire qu'il fallait un certain niveau d'instruction ou d'éducation pour comprendre que quelqu'un fut-il médecin puisse vous dire : "Je sais pas trop, je suis pas tout à fait sûr." » Entretien 7.

Cependant, les patients semblent rassurés que le médecin soit celui qui sache.

« C'est rare qu'on soit sûr en fait. Donc ça, ils ne le savent pas les gens. Et au contraire, j'ai l'impression qu'ils aiment mieux qu'on sache, enfin c'est plus rassurant pour eux. »

Entretien 7.

Un haut niveau d'éducation serait donc plus favorable à un partage d'incertitude, d'après les médecins interrogés.

d) La différence de temporalité entre le patient et le médecin

Le médecin et le patient n'ont pas le même rapport au temps. Le règne de l'immédiateté et la culture de l'instant amènent les patients à être très souvent pressés. Le patient consulte pour un symptôme qui l'inquiète trop et pour lequel il souhaite une réponse immédiate afin d'être rassuré. Il peut aussi consulter pour un symptôme qu'il souhaite éradiquer pour être en forme pour son travail le lendemain. Seulement, bien souvent, le médecin n'a pas de traitement curatif immédiatement efficace ou pas de réponse instantanée, ou alors seulement une réponse incertaine, ce qui frustre le patient. En effet, en médecine générale, la maladie est souvent au stade précoce et indifférencié. Il est donc difficile à ce stade de poser un diagnostic. Par ailleurs, de nombreux symptômes évoluent pour leur compte et disparaissent comme ils sont venus, sans cause identifiée. Souvent, la guérison nécessite un certain temps. Une réponse fréquente du médecin est donc de proposer de se laisser du temps avant de réévaluer la situation.

« La société actuelle fait qu'on est pressé, on n'a plus le temps d'être frustré, on n'a plus envie d'être frustré, et en même temps en médecine, et en médecine générale en particulier, c'est le temps qui fait tout. Et donc on n'est pas dans la même temporalité que les patients. Et c'est ça qu'il faut apprendre à gérer aussi. » Entretien 4.

La différence de temporalité entre le patient et le médecin est source de difficultés pour le partage d'incertitude car elle est source de frustration pour le patient.

e) La tolérance à l'incertitude du patient

La tolérance à l'incertitude varie d'un patient à l'autre. Certains présentent une aversion à l'ambiguïté et donc le partage d'incertitude est source d'anxiété pour le patient. Les médecins essaient de s'adapter à leur patient, grâce à la connaissance qu'ils ont de leur tolérance à l'incertitude. Ils essaient d'estimer de façon subjective si le patient est en mesure de tolérer l'incertitude, s'il ne va pas être trop anxieux face à cette annonce.

« Quelqu'un qui est très anxieux, je vais éviter aussi de partager trop mon incertitude donc je m'adapte à ce que je connais du profil ou à ce que je perçois de la capacité de euh... de faire ce partage hein. » Entretien 3.

3. Facteurs liés à la pathologie en question

a) Les symptômes médicalement inexplicables

Entre 13 et 74 % des patients en soins primaires présentent des symptômes dont on ne trouve pas de cause malgré de nombreux examens complémentaires. Ces symptômes sont dits médicalement inexplicables (22–25). Ces consultations sont chargées d'incertitude. L'échange entre le médecin et le patient à propos de cette incertitude est primordial pour la prise en charge de ces patients. Souvent, ces patients sont en demande d'examen complémentaires, dont la balance bénéfices-risques est à discuter. L'incertitude peut ainsi concerner l'indication de réaliser un nouvel examen complémentaire.

Le médecin de l'entretien 4 raconte la situation d'un patient qui présente des symptômes ayant fait l'objet de multiples examens, sans cause objectivée. Le médecin essaie d'aborder une éventuelle origine psychosomatique avec le patient qui se braque et demande une nouvelle IRM. Le médecin lui présente alors son incertitude en lui disant ouvertement qu'il ne connaît pas l'origine de ses troubles, malgré tous les examens réalisés, dont l'IRM. Mais le patient prend très mal cette annonce d'incertitude.

« "Maintenant ça suffit, je veux un nouvel IRM". Et en fait, il me dit : "Toute façon vous ne savez pas ce que j'ai." Et je dis : "Non effectivement, je ne sais pas ce que vous avez." Et le fait de dire ça, c'est parti en live complet, il a dit que j'étais une incapable. [...] » Entretien 4.

Le partage d'incertitude peut se solder en échec pour la relation et les soins du patient.

b) La gravité potentielle et le caractère urgent de la pathologie

La gravité et l'urgence sont deux aspects de la pathologie qui influent sur le partage de l'incertitude. Par gravité potentielle de la pathologie nous entendons un mauvais pronostic ou un risque important de complications. La gravité potentielle de la pathologie a plusieurs impacts sur la prise en charge. Elle implique pour le médecin une responsabilité plus importante car il perçoit un danger pour son patient et se doit d'agir. D'un côté, la gravité incite le médecin à partager l'incertitude afin d'impliquer le patient dans sa prise en charge. D'un autre côté, la gravité potentielle sans urgence freine le médecin à partager son incertitude en l'absence d'un diagnostic de certitude, du fait des répercussions psychologiques.

« Lui faire entrevoir ce diagnostic [métastases] c'est la plonger dans un océan d'angoisse jusqu'à ce que nous ayons le résultat de la scintigraphie. » Entretien 8.

Le caractère urgent de la pathologie nécessite une prise en charge urgente et implique une réactivité du médecin et du patient si possible. Cette urgence incite au partage de l'incertitude, afin que le patient comprenne les enjeux et agisse en conséquence de pair avec le médecin pour augmenter les chances de succès thérapeutique.

Dans l'entretien 7, le médecin est face à une suspicion d'appendicite aiguë, qui nécessite une imagerie et un éventuel avis chirurgical en urgence. Le partage de l'incertitude au patient lui permet de prendre la mesure du diagnostic et des choses à faire pour ne pas perdre de temps et éviter une perte de chance.

« *Et c'est assez urgent parce que si jamais il y a une inflammation de l'appendice, il faut aller à l'hôpital, et pas traîner, c'est pas une gastro alors, ça peut être une appendicite.* » Entretien 7.

Dans l'entretien 5, le médecin décide de ne pas partager son incertitude à la patiente. Cette décision est basée sur les antécédents de spasmophilie de la patiente.

« *Moi son histoire de spasmophilie ça me plaisait pas, elle était tachycarde, elle saturait à 95 sur mon petit appareil là, je l'ai un peu interrogée. Mais cette dame, si je lui dis : « j pense que vous faites une embolie pulmonaire », alors qu'il n'y a aucun signe grave, elle aurait pété une durite à la baraque.* » Entretien 5.

Ce médecin suppose sûrement pour cette patiente une intolérance à l'incertitude, qui aurait pu aboutir à une crise d'angoisse et peut-être ralentir la démarche diagnostique : « *Elle aurait pété une durite à la baraque.* » Ainsi, en évitant le partage d'incertitude, la patiente n'a pas fait de crise d'angoisse dans l'attente des résultats biologiques. Nous pouvons nous interroger sur la meilleure décision à prendre. D'un côté, la décision de ne pas partager l'incertitude amène une certaine brutalité dans l'annonce du diagnostic d'embolie pulmonaire. D'un autre côté, le partage d'incertitude peut entraîner une anxiété réactionnelle dans l'attente des résultats.

4. Facteurs liés au médecin

a) Des comportements vertueux

Les médecins font appel à des vertus pour justifier le partage d'incertitude.

- L'honnêteté

L'honnêteté envers le patient est un moteur du partage de l'incertitude pour les médecins. Les médecins ont ce désir d'être francs en partageant ce qu'ils savent ou plutôt ce qu'ils ne savent pas :

« être toujours honnête » Entretien 1, « honnête avec moi-même » Entretien 8, « certains patients apprécient qu'on soit honnête » Entretien 6, « par honnêteté intellectuelle » Entretien 6.

- La vérité, la sincérité :

Les médecins développent une éthique de la vérité, y compris en situation d'incertitude. Ils répondent à une aspiration actuelle des patients, allant contre le modèle paternaliste. Il y a un désir de sincérité, que les patients leur demandent.

« Finalement, partager une incertitude quand elle existe, ça revient tout simplement à dire la vérité au patient. Et je crois que la demande actuelle elle est quand même plutôt dans ce sens là. Je crois qu'il y a beaucoup de patients qui déjà ont envie qu'on soit sincère avec eux et qui n'ont pas envie d'avoir l'impression qu'on leur cache des choses. » Entretien 1.

La vérité est présente sous différents angles dans le discours des médecins interrogés :

« Ca ne sert à rien de faire croire au patient qu'on détient une vérité qu'on détient pas » Entretien 1, *« je leur dis la vérité »* Entretien 8, *« la réalité, triste et dure »* Entretien 8, *« il faut être clair »* Entretien 2, *« il n'y a pas toujours la vérité qui sort des arguments bio ou cliniques ou même radiologiques »* Entretien 6, *« dire ma pensée réelle »* Entretien 7.

Les médecins interrogés ont donc le désir de dire la vérité. Ils abordent aussi son antithèse, la question du mensonge, qui parfois vient troubler le désir de vérité :

« Je n'étais pas très sincère là » Entretien 7, *« le mensonge c'est encore plus frustrant »* Entretien 4, *« j'essaye de ne pas trop mentir, quand je ne sais pas, je le dis »* Entretien 4, *« qu'est ce qui se passe si ce que tu as dit ce n'est pas vrai quoi ? »* Entretien 4.

Les médecins sont attachés à la vérité. Mais la réalité pratique de leur exercice les amène à se confronter à des situations où la question du mensonge se pose, dans une perspective téléologique. C'est le cas du mensonge par omission, comme celui de ne pas partager l'incertitude.

- La prudence :

Les médecins font preuve de prudence dans les mots utilisés pour partager leur incertitude au patient, pour ne pas blesser l'autre. Cette précaution fait référence au principe de non malfaisance.

« *C'est quand même à manier avec une certaine précaution* » Entretien 7, « *en prenant toutes les précautions pour le dire* » Entretien 6.

- La modestie :

Accepter de partager ses incertitudes c'est dévoiler ses faiblesses. C'est donc une attitude de modestie et d'humilité.

« *Eh bien voilà, je vais vous soigner avec euh... avec ce que je suis capable de faire, c'est mes capacités, et ces capacités-là, eh bien... elles ne sont pas infinies, je ne sais pas tout, et je vais chercher.* » Entretien 4.

b) L'expérience du médecin

Les médecins jeunes ont moins d'expérience et sont donc confrontés à des situations avec lesquelles ils sont peu ou pas du tout familiers. Ces situations génèrent plus d'incertitude.

« *Je pense que plus il y a d'expérience, plus de... je ne sais pas comment on dit... de gut feelings, c'est à dire que eh bien on a l'impression qu'on le sent quoi, quand ça ne va pas, on le sent dans ses tripes. [...] Avec l'expérience, on est plus tranché dans ses avis.* » Entretien 4.

En d'autres termes, l'expérience permet d'avoir moins d'incertitude, moins d'hésitation face à des choix.

Le partage de l'incertitude dépend aussi de l'habitude de dialoguer avec le patient. Il y a cependant encore des attitudes paternalistes chez certains des médecins, qui freinent alors le

partage de l'incertitude. L'attitude paternaliste d'un médecin vis à vis de l'incertitude consiste à garder cette incertitude pour lui et donc à en porter le poids pour le patient, à sa place, de façon à le préserver de toute inquiétude.

« Les tenants de l'ancien modèle paternaliste, qui ne sont plus très nombreux, diront que eh bien justement c'est le rôle du médecin de... de garder ces éléments... euh... pour lui et de ne pas créer d'inquiétude chez le patient. » Entretien 1.

Le modèle actuel est donc plutôt en faveur de partager l'incertitude au patient et de ne plus la porter à sa place.

Le médecin de l'entretien 2 présente une attitude, que nous qualifions de paternaliste. Cette attitude vise à donner l'impression au patient que le médecin est sûr de lui, alors qu'au fond de lui, il ressent de l'incertitude.

« Il faut donner en tout cas l'impression au patient, que ça c'est sûr, sans quoi il part euh... effrayé, et voilà, euh... vous pouvez lui appliquer n'importe quel traitement ça marchera pas. » Entretien 2.

Ainsi pour ce médecin de l'entretien 2, l'apparence de la certitude protège le patient et améliore l'observance thérapeutique. Au fil de cet entretien, nous avons pu observer une certaine ambivalence du médecin et une variation de sa position sur la question du partage de l'incertitude selon les situations.

c) La connaissance du patient sur le long terme

La place du médecin généraliste lui permet de suivre les patients sur plusieurs années voire décennies. Ainsi, souvent le médecin généraliste connaît bien son patient et peut estimer s'il est en mesure de supporter le poids de l'incertitude avant de la lui partager. À l'inverse, le médecin peut être incité à partager son incertitude s'il sait que le patient est un peu négligent avec sa santé, de façon à le pousser à prendre soin de lui.

« Je pense quand même connaître relativement bien les patients qui viennent me voir. Certainement que mon ancienneté dans le même cabinet me permet ça. [...] J'arrive à peu près à savoir ce qu'ils peuvent entendre et ne pas entendre... et puis je m'adapte. » Entretien 8.

Ainsi le partage d'incertitude diagnostique permet au médecin de transmettre au patient une information sur le caractère probable d'une pathologie. Cette information peut être susceptible de motiver le patient à s'occuper de sa santé et faire des examens, par exemple.

La connaissance du patient sur le long terme est un préalable mais il faut ensuite que le praticien s'adapte au patient, à ses caractéristiques et ses attentes.

d) Le degré d'incertitude et le degré de tolérance à l'incertitude du médecin

Le degré d'incertitude varie d'une situation à l'autre. Si nous raisonnons en terme de probabilité, une très faible probabilité d'un risque est moins importante à communiquer qu'une très forte probabilité. Les médecins partagent leur incertitude selon le degré d'incertitude qu'ils ont.

Le médecin de l'entretien 4 témoigne de son partage d'incertitude au patient. L'incertitude est souvent présente dans sa tête mais il ne la partage que quand cette incertitude est suffisamment importante. Ce médecin sous-entend que si la probabilité est tellement faible, il n'est pas judicieux d'inquiéter le patient pour un risque quasi nul.

« Nan, ça parle dans ma tête. [rires] Et parfois ça parle au patient mais quand vraiment j'ai un doute quoi, enfin je ne dis pas à tous les gens qui viennent pour une grippe que peut-être c'est une méningite hein. » Entretien 4.

La réaction des médecins à l'incertitude entraîne différents types de comportements selon leur tolérance à l'incertitude.

L'incertitude peut générer de l'anxiété chez le médecin. Le médecin de l'entretien 8 témoigne de son anxiété liée à l'incertitude lors de certaines soirées quand il rentre chez lui. Cette

anxiété peut le perturber même en dehors de son temps de travail au cabinet. Il parle de la « violence » de l'incertitude, tant elle a pu avoir de l'impact sur lui.

« Je pense qu'il m'est arrivé comme à tout médecin qui se respecte, d'avoir une soirée euh... un peu tendue dans ma tête, parce que cette incertitude est violente, euh... que j'ai de l'inquiétude au fond de moi-même... » Entretien 8.

Le médecin de l'entretien 7 évoque sa difficulté à partager l'incertitude lors de la découverte d'une masse pelvienne chez une patiente consultant pour des symptômes évoquant initialement une gastroentérite.

« Et euh... j'ai quand même été assez dérangée par ce truc. Pour moi c'était quand même un symptôme... quelque chose que je trouvais un peu suspect. [...] Et je demande à la dame de faire une échographie, et je n'ai pas partagé mon inquiétude, mon incertitude. Je lui ai dit : "Faudrait vérifier quelque chose." Donc c'était difficile de partager là. » Entretien 7.

Cette masse a sûrement généré également de l'anxiété chez le médecin quand elle dit avoir été « dérangée ». Ainsi, l'anxiété liée à l'incertitude peut entraîner une réticence à divulguer l'incertitude. Cependant, toutes les incertitudes n'entraînent pas de réticences à leur partage.

Les médecins qui ont une bonne tolérance à l'incertitude divulguent plus facilement leur incertitude. *« J'ai pas de complexe d'incertitude. »* Entretien 1. Ce médecin évoque à de multiples reprises qu'il partage son incertitude, de manière aisée.

e) L'attitude réflexive du médecin

L'attitude réflexive du médecin est une posture de réflexion sur sa pratique. Cette posture favorise le partage de l'incertitude.

« Le fait de remplacer et de pas avoir les mêmes patients, ça te permet de te poser des questions aussi sur comment tu gères. Il n'y a pas de réponse standard, c'est une adaptation constante à chaque patient. » Entretien 4

f) Les émotions du médecin

Le médecin est traversé par des émotions au cours de la consultation. Ces émotions peuvent ne pas être perçues par le praticien lui-même. Des émotions positives comme la joie, la confiance ou l'intérêt favorisent le partage de l'incertitude. À l'inverse, un sentiment d'aversion, d'anxiété, de peur ou de frustration freine plutôt le partage de l'incertitude. La fatigue du médecin est aussi un état émotionnel moins propice au partage de l'incertitude. Un médecin fatigué est en général moins patient, donc plus pressé et peut avoir tendance à moins d'explication et moins de partage d'incertitude.

Un médecin interrogé évoque une patiente qui consulte pour un motif dermatologique. Ce médecin ne ressent pas d'anxiété face à cette incertitude. L'absence d'anxiété lui permet plus facilement de partager l'incertitude.

« Peut-être que là où est la nuance c'est ce que moi je ressens. La jeune femme elle se gratte beaucoup et ça la dérange, mais moi je ne suis pas très inquiète pour le pronostic. [...] Donc peut-être que ce qui sous-tend la difficulté de l'incertitude, pour l'annoncer et pour la présenter, c'est si je me fais des soucis ou pas, si je suis inquiète moi-même ou pas. »
Entretien 7.

De nombreux facteurs influencent donc le partage de l'incertitude du médecin à son patient (voir Annexes).

B. Les avantages et les inconvénients de la divulgation de l'incertitude du médecin au patient

1. Les avantages du partage de l'incertitude

a) Les avantages du partage de l'incertitude pour le patient

(1) Amélioration de la satisfaction du patient

Le partage de l'incertitude est très souvent source de satisfaction pour le patient. Plusieurs raisons sont à l'origine de cette satisfaction.

- Le patient se sent écouté :

La formulation de l'incertitude par le médecin consiste en partie à lui refléter ce qu'il a compris de la situation et témoigne donc de son écoute attentive. Elle amène à une attitude compréhensive du médecin envers son patient, qui est elle-même déjà un peu source de soulagement pour le patient. Le patient n'est pas spécialement satisfait de ne pas avoir de diagnostic ou que le médecin soit dans le doute, mais ce partage d'incertitude a en général un impact positif auprès du patient parce qu'il signifie que le médecin a écouté et compris le problème de son patient et qu'il est honnête envers lui.

Dans l'entretien 1, le médecin témoigne de l'importance pour les patients de se sentir écoutés, plutôt que d'avoir un diagnostic immédiat.

« Je pense que c'est beaucoup plus satisfaisant de ressortir d'une consultation avec, de l'incertitude, mais le sentiment d'avoir été entendu, et pris en charge, plutôt que de ressortir avec un... un diagnostic mais euh... sans avoir été vraiment écouté. » Entretien 1.

- Le partage d'incertitude permet de garder de l'espoir :

L'incertitude partagée peut susciter de l'espoir chez le patient. Le patient se fait des idées sur son problème de santé, souvent plus graves que ne l'est la réalité. Ainsi, le médecin qui amène de l'incertitude sur le diagnostic ou le traitement amène plusieurs possibilités, parfois bien éloignées des idées du patient. Cela ouvre le champ des possibles et peut redonner de l'espoir au patient, y compris dans des situations difficiles. Cet espoir est important pour le patient car il lui permet de continuer à se battre et à croire en un avenir meilleur que la situation actuelle.

Un médecin évoque que le partage de l'incertitude permet parfois de garder de l'espoir.
« Garder une dose d'incertitude c'est aussi garder une dose d'espoir parfois hein. » Entretien 3.

- Transformation de l'incertitude du patient en une incertitude acceptable :

Le patient consulte pour un symptôme qui génère en lui une incertitude et une inquiétude. L'incertitude porte en général sur la cause et le traitement de son symptôme. Cette incertitude pousse le patient à consulter. Il confie son incertitude à un médecin généraliste. Avec son expertise et après anamnèse et examen clinique, le médecin va partager son point de vue, d'éventuelles explications, son ou ses hypothèses diagnostiques, et donc éventuellement son incertitude, mais avec un cadre. Les hypothèses vont peut-être déjà atténuer l'incertitude du patient. Le médecin rassure éventuellement le patient si l'hypothèse d'un diagnostic grave lui semble erronée. De plus, le médecin propose des actions pour gérer cette incertitude et précise le degré d'urgence de ces actions : un examen complémentaire, une demande de consultation auprès d'un spécialiste d'organe, une consultation de réévaluation à distance, un test thérapeutique, etc. Ainsi, le patient repart avec son symptôme ou sa maladie et donc toujours une incertitude mais aussi une stratégie pour la suite. Il se sent écouté, accompagné et peut-être soulagé, ce qui rend l'incertitude plus vivable, acceptable.

Le médecin de l'entretien 1 raconte la situation d'un patient qui consulte pour une inquiétude sur un symptôme, pour lequel il ne savait pas quel sens lui attribuer.

« Je pense que lui, il venait avec son inquiétude en se demandant est-ce qu'il faut que je me préoccupe ou pas de ce symptôme. Quelque part il transfère son inquiétude et... et moi je lui dis eh bien voilà, on a fait le tour de la question ensemble, je considère qu'il n'y a pas lieu de s'en inquiéter et euh... eh bien on est dans une relation de confiance et il... enfin voilà, si vous me dites qu'on n'en fait rien de plus, eh bien on n'en fait rien de plus. » Entretien 1.

Dans cette situation le médecin analyse ce transfert d'inquiétude, elle-même générée par une incertitude. Il s'agissait d'un échange, d'une transformation par le médecin de l'incertitude du patient en une incertitude acceptable et gérable.

Il poursuit en disant : *« Une partie du rôle du médecin c'est justement de transformer l'incertitude. Quand on parlait de circulation d'incertitude qui vient du patient, qui va au médecin et qui revient au patient, quand elle revient au patient après être passée par le médecin, elle est normalement devenue compréhensible. [...] Et avant d'avoir vu le médecin,*

le patient peut-être qu'il avait une incertitude qu'il ne pouvait pas gérer. Et celle qui lui revient après le passage par le médecin, dans une situation idéale, il est capable de la gérer donc elle est moins inquiétante aussi. » Entretien 1.

(2) Amélioration de la compréhension du patient sur son état de santé :
source de responsabilisation et d'implication dans sa prise en charge

Le médecin, qui partage son incertitude, transmet au patient ce qu'il sait de son état de santé mais aussi où s'arrête ce qu'il sait. Ce partage amène souvent à des explications sur les symptômes, la maladie, les risques éventuels si le patient le souhaite. Il lui présente les hypothèses diagnostiques possibles. Il lui présente éventuellement les signes ou symptômes qui doivent alerter le patient. Il envisage avec le patient les éventuels examens complémentaires à faire, ce qu'ils en attendent et leurs risques inhérents. Il présente, selon le cas, les traitements relatifs aux diagnostics envisagés. Ainsi, le patient connaît mieux les enjeux de son problème de santé et peut mieux comprendre la situation. Une meilleure compréhension de la part du patient est aussi source de nombreux fruits pour sa santé.

« Si tu veux impliquer quelqu'un dans sa prise en charge, tout ce qu'il peut comprendre à ce qui lui arrive est positif pour son implication. Ne pas séparer le patient de son diagnostic, enfin, faut quelque part qu'il s'approprie un peu son problème de santé, et pour ça, il faut le lui expliquer un minimum. » Entretien 1.

Le patient peut s'approprier son problème de santé seulement s'il l'a compris. Il peut ensuite davantage s'impliquer. Le médecin présente donc les signes qui doivent faire reconsulter le patient. Il s'agit là d'un partage de responsabilités, sans déresponsabiliser le médecin : le médecin, ne sachant pas exactement le diagnostic du patient, prend comme partenaire le patient et lui confie les responsabilités de veiller sur son propre état de santé et d'être attentif à de nouveaux signes. Le médecin peut aussi lui demander d'évaluer l'efficacité d'un traitement d'épreuve sur ses symptômes. Il propose éventuellement une consultation de réévaluation après un certain temps si aucun nouveau symptôme n'est apparu avant. Le patient porte alors la responsabilité de détecter des signes d'alerte, des nouveaux symptômes ou d'évaluer l'effet du traitement. Il devient co-acteur avec le médecin de sa prise en charge. Il peut aussi poser des questions sur les diagnostics envisagés et donner son avis sur les examens

complémentaires et les traitements. Le médecin convient, avec le patient, d'un accord sur la démarche à suivre à propos du diagnostic, des examens complémentaires, du traitement éventuel et du suivi. Le patient clairement informé peut donner ou non son consentement éclairé, pierre angulaire de la relation médecin-patient. Le patient est réellement impliqué dans sa prise en charge au travers de ce partage d'incertitude.

Un médecin raconte le cas d'un patient ayant un trait de personnalité hypochondriaque et consultant son associé pour une douleur thoracique, avec un ECG normal. Le médecin associé lui dit qu'en cas de persistance ou de récurrence de la douleur il faudra consulter aux urgences. Le patient se rend finalement aux urgences seulement quatre jours plus tard, révélant un infarctus du myocarde massif.

« Il n'en veut pas du tout à ce médecin, pas du tout. Et voilà, on l'avait responsabilisé en lui disant : "Voilà, on pense que c'est pas grave, mais c'est à vous, si ça va pas mieux, de le dire, et c'est à vous de faire en sorte d'aller consulter aux urgences quoi." » Entretien 4.

Le patient comprend l'incertitude sur l'origine de la douleur. Il s'implique et prend sa part de responsabilité en consultant mais il consulte trop tardivement. A-t-il mal compris une partie des informations transmises ? Ou n'a-t-il pas reçu suffisamment d'informations ?

Les médecins n'hésitent pas à communiquer leur incertitude à certains patients qui ont tendance à négliger leur santé ou à avoir une certaine inertie pour réaliser des examens complémentaires. L'incertitude partagée permet au patient de bien comprendre la situation, d'être averti des risques éventuels et donc doit lui permettre d'agir en conséquence. Il permet ainsi d'augmenter sa motivation à prendre soin de lui, à faire d'éventuels examens par exemple.

Un médecin témoigne qu'elle n'a pas assez transmis d'incertitude face à un nodule mammaire, ce qui n'a pas assez responsabilisé la patiente. L'absence d'incertitude dans l'information transmise n'a pas incité la patiente à faire sa mammographie rapidement et a probablement retardé le diagnostic de cancer. Le médecin culpabilise d'avoir été trop rassurante avec la patiente.

« *Je lui ai dit : "Eh bien franchement vous êtes jeune, même si vous avez des antécédents [familiaux], il n'y avait pas de facteur génétique retrouvé. Faites-là quand même." [...] Mais est-ce que j'ai été trop rassurante ? Je ne le saurai jamais.* » Entretien 5.

Le partage de l'incertitude a donc un rôle fondamental pour le patient dans la compréhension de son état de santé, afin qu'il puisse s'impliquer et prendre sa part de responsabilité pour les choix qu'il aura à faire et mener les actions dans le bon sens. Il lui permet en ce sens d'être autonome, d'être libre de décider pour sa santé.

(3) Stimulation de la réflexion chez le patient

La divulgation de l'incertitude par le médecin au patient suscite la réflexion chez le patient, ce qui peut aider le médecin dans sa quête diagnostique. Ce partage d'information alimente l'interaction avec le patient. Le patient pense alors souvent à d'autres détails sur l'histoire de sa maladie ou de ses symptômes, qui aident le médecin dans sa démarche diagnostique. Cet échange stimule aussi la réflexion chez le patient d'un point de vue plus global : il réalise que le médecin est dans l'incertitude, mais qu'il a fait preuve d'honnêteté sur ses connaissances. Au cours de ce partage, le médecin peut être amené à présenter les hypothèses diagnostiques, les examens complémentaires et les traitements envisagés. Il peut aussi présenter les échéances ou une notion temporelle sur le calendrier à suivre. Ainsi, cela permet une projection pour le patient qui est alors davantage préparé à la suite des événements. Le fait d'avoir préparé le terrain en amont, par ce partage d'incertitude, permet au patient d'accepter plus facilement les examens complémentaires, le diagnostic et les traitements.

Le médecin de l'entretien 5 raconte la situation d'un patient qui présente au niveau du membre supérieur des douleurs d'allure neuropathique, sur le trajet C8. Se pose alors la question du niveau de l'atteinte nerveuse. Il lui présente les hypothèses possibles et la démarche diagnostique. Le patient pose des questions sur la suite des événements pour diagnostiquer son problème.

« *"Ecoutez, c'est un nerf qui coince, ça c'est sûr. Où est-ce qu'il coince, ça je ne sais pas. Ou ça coince là, ou ça coince là-haut [en montrant sur elle les niveaux]. Ce qui va nous le dire, eh bien c'est l'électromyogramme. Ils enregistrent les nerfs, ça se fait chez le neurologue. Et l'autre truc, c'est d'aller faire des radiographies des cervicales déjà."* Ce qui est intéressant

aussi, c'est qu'ils peuvent réfléchir, et avoir des questions. "Qu'est-ce qu'on fait dans ce cas-là, qu'est-ce qu'on fait dans ce cas-là ?" Et parfois ils me disent : "Ah ! Eh bien oui c'est vrai que j'ai mal aux cervicales, et que quand je fais comme ça, ça tire dans le bras." Alors déjà ça me permet d'avancer un petit peu plus. » Entretien 5.

Le patient relate au médecin des précisions sur ses douleurs. Il fait le lien entre ce que vient de lui dire le médecin, c'est à dire son incertitude sur l'origine de sa douleur, et sur ses symptômes, ce qui oriente encore le médecin dans sa démarche diagnostique.

(4) Amélioration du respect de l'autonomie du patient

Le partage d'incertitude est un partage d'information du médecin envers le patient, sur son état de santé. Une information claire, loyale et appropriée doit permettre au patient de comprendre ce qui lui arrive et d'avoir les informations nécessaires pour exercer sa capacité de discernement et faire des choix en toute liberté pour sa santé. Ainsi, le patient va pouvoir donner ou non un consentement éclairé à son médecin. Nous pouvons dire que cette communication de l'incertitude favorise donc le respect de l'autonomie du patient.

« Je suis convaincu par le patient euh... décideur de sa prise en charge, mais encore faut-il lui donner des éléments pour qu'il prenne une décision, à la mesure des capacités dont il dispose. » Entretien 1.

Le patient doit avoir reçu des informations compréhensibles et suffisantes pour pouvoir prendre des décisions.

(5) Amélioration de l'efficacité thérapeutique et de la qualité des soins : diminution de la iatrogénie

La communication avec le patient de l'incertitude sur son état de santé amène le patient à une meilleure compréhension du problème et des enjeux. La compréhension du patient sur son état de santé et ses traitements permet une meilleure adhésion aux soins et une meilleure observance. L'efficacité thérapeutique semble donc améliorée grâce à ce partage d'incertitude.

Le médecin de l'entretien 8 évoque cette amélioration de l'observance et de l'adhésion aux soins suite au partage d'incertitude.

« Je suis certainement prétentieux, mais je pense que l'observance, quand je partage ce doute et que je partage des informations avec les patients, l'observance sera meilleure. L'observance des traitements, l'adhésion au traitement, l'acceptation d'examens complémentaires, oui bien sûr. » Entretien 8.

Le partage d'incertitude est aussi source de diminution de iatrogénie et donc source d'amélioration de la qualité des soins. Le partage d'incertitude du médecin à son patient consiste à lui présenter des informations pour qu'il prenne part à la discussion, qu'il puisse être acteur, notamment en décidant avec le médecin de la suite des examens, ou des signes d'alerte devant le faire reconsulter. L'incertitude est gérée en partenariat avec le patient. Nous pouvons concevoir qu'en l'absence de ce partage, le médecin ne peut pas compter sur le patient pour qu'il veille sur ses symptômes. Le médecin choisit alors d'emblée d'adresser le patient faire un éventuel examen complémentaire ou une hospitalisation, qui auraient pu être évités. Dans ce cas, les décisions ne peuvent pas être partagées.

Le médecin de l'entretien 8 expose la situation de patients ayant des difficultés de compréhension, ce qui entrave le partage d'incertitude. Quand ce partage ne peut pas avoir lieu, il y a plus d'examens complémentaires inutiles et donc un risque de iatrogénie plus important. Ainsi ce partage d'incertitude permet de diminuer la iatrogénie.

« Certains patients ont des difficultés de compréhension. Il est difficile, même en choisissant des mots simples, là aussi faut adapter son discours, il est parfois difficile de leur expliquer et le doute, dans ces cas-là, il est parfois... euh... vécu par le médecin tout seul, il est pas partagé avec le patient et moi je le vis moins bien alors. Je le vis moins bien et cette incertitude peut conduire alors à des diagnostics d'annonce relativement brutaux, des hospitalisations, des examens complémentaires inutiles... » Entretien 8.

Le patient peut donc voir un grand intérêt au partage de l'incertitude par ces nombreux avantages mis en exergue : l'amélioration de sa satisfaction, le sentiment d'être davantage

écouté, la possibilité de garder de l'espoir, repartir avec une incertitude plus acceptable, une meilleure compréhension de son état de santé, source d'une responsabilisation et d'une implication dans sa prise en charge. C'est aussi une marque du respect de son autonomie. L'efficacité des traitements et la qualité des soins sont améliorés et la réflexion du patient est accélérée.

b) Les avantages du partage de l'incertitude pour le médecin

(1) Amélioration de la satisfaction d'exercice des médecins, prévention du burnout

Le partage d'incertitude du médecin envers le patient est source de satisfaction pour les médecins interrogés pour plusieurs raisons. Les médecins qui partagent leur incertitude sont contents de le faire car ils ont un sentiment de cohérence, d'être vrais avec eux-mêmes et avec le patient. Ils ont un désir d'honnêteté qui est respecté, ce qui signe un accord entre un principe et la réalité de l'exercice. Ils continuent de le faire aussi parce que les patients semblent satisfaits globalement et reviennent les voir. Les médecins trouvent que le partage d'incertitude facilite leur exercice. Il est source de simplicité pour la verbalisation de ce qu'ils savent ou ne savent pas. À l'inverse, ne pas partager l'incertitude signifie devoir être sûr face au patient toute la journée. Cette attitude serait pour nombre d'entre eux très fatigante, sans compter les implications médico-légales. Ne pas partager l'incertitude serait en quelque sorte comme mentir au patient. Pour certains médecins, c'est « *vital* » de partager l'incertitude, pour ne pas risquer l'épuisement professionnel et le burnout.

- Interviewé : « Pour nous c'est vital de le dire, c'est à dire que, moi, je peux pas dire au patient « je suis sûre ».

- Intervieweur : C'est vital ?

- Interviewé : « Ouais, je serais vidée à la fin de la journée si je leur disais tout le temps « oui c'est sûr, c'est sûr vous allez guérir ! » » Entretien 4.

Ainsi, les médecins ont le sentiment de « *bien vivre les journées* », ils se sentent mieux en fin de journée, « *à l'aise* », grâce au partage d'incertitude. Les médecins éprouvent tout de même une certaine frustration face à cette incertitude qui rappelle les limites de leurs connaissances.

Mais il y a une démarche d'acceptation et de tolérance à l'incertitude qui permet d'aller au-delà de la frustration.

« La frustration est toujours là, et en même temps à un moment faut faire la paix avec la frustration. Et quand on accepte qu'on ne sait pas tout et quand on accepte que parfois il faut référer, parfois il faut accepter qu'on n'a pas toutes les réponses et que... mais qu'on va chercher, eh bien du coup c'est satisfaisant. [...] Eh bien c'est assez confortable, parce que je n'ai pas à me creuser ... » Entretien 4.

Le médecin de l'entretien 4 témoigne qu'il a fait la paix avec la frustration secondaire à l'incertitude. Cette incertitude va l'amener à chercher des réponses qui, elles, vont aussi être source de satisfaction. Son partage d'incertitude lui apporte un certain confort car il lui permet de ne pas trop réfléchir à quoi dire au patient puisqu'il s'agit de lui dire l'état actuel des choses. Il ne s'agit pas, par contre, de les lui dire brutalement. Introduire l'incertitude permet de laisser la porte ouverte à d'autres diagnostics, de sortir de la routine, des automatismes et donc, en ce sens, d'éviter des erreurs médicales.

(2) Amélioration de la tolérance à l'incertitude du médecin

Le partage de l'incertitude augmente la tolérance à l'incertitude des médecins généralistes interrogés. Par cette communication, le médecin transmet son incertitude au patient. Le fait de partager une information, possiblement difficile à porter seul, aide le médecin à mieux la vivre, la tolérer. Le patient reçoit cette information, et selon ses capacités, il est amené à en prendre acte et à agir en retour, en partenariat avec le médecin. Pour le médecin, partager son incertitude est un des vecteurs de la gestion de l'incertitude. L'incertitude met le médecin face à ses limites de connaissances et peut donc aussi être difficile à vivre.

Dans l'entretien 5, le médecin témoigne de son inconfort face à une situation d'incertitude. *« C'est pas confortable quand on vient et qu'on te remet en question »*. Entretien 5

Le médecin de l'entretien 6 manifeste sa frustration, voire une note de colère face à un patient pour lequel elle ne trouve pas la cause de ses arthralgies : *« C'est pas possible, c'est pas*

possible » ou encore « *Purée, c'est pas possible* » Entretien 6. La répétition du terme « *c'est pas possible* » dans son discours marque bien la frustration engendrée par l'incertitude.

Le médecin qui ne tolère pas l'incertitude peut se mettre une pression importante en se disant qu'il ne sait pas, et qu'il ne faut pas que le patient le sache. C'est le cas de certains médecins qui avaient ce raisonnement en début de carrière, comme en témoigne celui de l'entretien 6.

« Au début, je pense que j'avais plus peur de montrer que j'avais une incertitude parce que voilà, on est sensé savoir, on est sensé hein ? Et puis finalement on se met une pression pour rien parce que toute façon euh... autant le dire qu'on ne sait pas et... et puis voilà hein. Par simplicité, oui, pour soi, c'est plus simple, de ne pas se mettre une pression en se disant oh là là ! Je ne sais pas ! Mais faut surtout pas dire et on a qu'à dire que c'est ça, puis finalement ce n'est peut-être pas ça, et puis après on se décrédibilise après finalement si ce n'était finalement pas ça. » Entretien 6.

Mais le partage de l'incertitude permet d'éliminer cette pression inutile et donc d'améliorer la tolérance à l'incertitude. Cette tolérance à l'incertitude permet d'exercer plus facilement en situation d'incertitude, pour laisser place au doute et laisser ouvert le champ des possibles.

Le médecin de l'entretien 8 témoigne de son vécu positif et de sa bonne tolérance à l'incertitude grâce au partage de cette incertitude.

« Par respect pour les gens qui me font confiance, je pense qu'il faut que je leur dise ce qu'il se passe. Euh... je leur dis la vérité, j'annonce les diagnostics et je partage ma réflexion parce qu'ils le méritent, ils ont le droit de savoir ce que je fais. Deuxièmement, et là c'est certainement très égoïste, c'est que le partage me soulage certainement. Moi je le vis très très bien ce doute, cette incertitude, parce que je la partage, probablement. » Entretien 8.

(3) Utilisation du temps comme outil diagnostique

En médecine générale, le temps est une composante essentielle. Parallèlement, l'incertitude y est très présente. Le médecin qui partage son incertitude au patient, aborde souvent la question du temps dans la stratégie diagnostique. Ils définissent ensemble un temps au bout

duquel il faudra réévaluer la situation : faire le point sur l'état de santé du patient et l'état d'avancement des investigations éventuelles. Le médecin de l'entretien 3 explique en ce sens, que souvent le patient en médecine générale se présente au stade précoce et indifférencié de la pathologie. Il faut un certain temps pour que la situation évolue. Le temps permet l'apparition de nouveaux symptômes ou la régression spontanée de certains symptômes.

« Dans la mesure où on n'explique pas tout à fait un symptôme, on ne sait pas trop ce que c'est, mais en même temps on est sûr que ce n'est pas quelque chose de grave, ça veut dire aussi que le symptôme a le droit de disparaître quoi, comme un ange qui passe. [rires] »

Entretien 3.

Le médecin explique au patient les signes d'alerte devant le faire consulter dans l'intervalle, en urgence s'il le faut. Le partage de l'incertitude permet ainsi au médecin de temporiser. Il utilise donc le temps comme outil diagnostique, plutôt que d'adresser directement le patient faire un examen complémentaire ou aux urgences.

Un médecin raconte une consultation d'une jeune femme qui consulte pour une asthénie et d'autres symptômes atypiques, avec une sérologie Epstein Barr Virus positive. Ils conviennent ensemble de se laisser du temps avant de demander une consultation auprès d'un neurologue.

« "Bon il faut peut-être voir le neurologue mais on se laisse encore un peu de temps eh bien pour voir comment ça évolue, si vous récupérez, mais bon ça peut durer longtemps." [...] Je ne sais plus ce qu'elle décrivait, mais voilà, je m'étais dit il faudra faire plus d'exams et donc elle m'a dit : "Ok on attend et puis on verra, je vous rappelle si ça va pas mieux, vous me préparerez le mot." » Entretien 6.

En cas de mauvaise évolution après un certain temps, un avis spécialisé peut être demandé. La notion de temps est ici de quelques mois, mais peut être variable selon la pathologie et les enjeux. La patiente semble tolérer cette incertitude et accepte d'attendre de voir l'évolution avant de demander un avis spécialisé.

(4) Source de soulagement des responsabilités médico-légales

À travers le partage d'incertitude au patient, le médecin délivre une information. Cette information véhicule le message d'incertitude diagnostique ou thérapeutique, qui signifie que le médecin n'est pas sûr du diagnostic ou du traitement du patient. Ainsi, le patient est clairement informé de son état de santé. Il a un rôle à jouer et même une responsabilité en cas d'évolution de la situation, pour reconsulter un médecin par exemple.

Dans l'entretien 4, le patient qui consulte pour une douleur thoracique reçoit comme réponse une incertitude sur l'origine de ses douleurs par son médecin. Le médecin lui confie la mission de reconsulter aux urgences en cas de mauvaise évolution. Il ne consulte finalement que quatre jours après, révélant des séquelles de nécrose myocardique.

« Il n'en veut pas du tout à ce médecin, pas du tout. Et voilà, on l'avait responsabilisé en lui disant : "Voilà, on pense que c'est pas grave, mais c'est à vous, si ça va pas mieux, de le dire, et c'est à vous de faire en sorte d'aller consulter aux urgences quoi." » Entretien 4.

Suite au partage d'incertitude du médecin sur l'origine de sa douleur thoracique, il y a un transfert de responsabilité de la part du médecin : le patient se sent alors responsable de reconsulter si la douleur persiste ou s'aggrave, raison pour laquelle il ne fait pas de reproche au médecin. Pour ce patient, qui n'a pas consulté à temps, nous pouvons nous demander si le partage d'incertitude est adapté. De son côté, le médecin a fait son travail, mais comment aurait-il pu faire autrement pour ne pas arriver à ce résultat dont le patient a pâti ? Adresser directement aux urgences devant un patient négligent pour sa santé ? Préciser davantage les critères de reconsultation notamment les critères temporels ? Dans quelle mesure le patient a-t-il les compétences pour savoir s'il doit consulter aux urgences, pour savoir si la douleur qu'il ressent doit l'inquiéter suffisamment ? Est-ce que cette responsabilité partagée par le médecin n'est pas trop importante pour ce patient-là ? Est-ce un écueil du partage d'incertitude ?

Le médecin partage donc avec le patient son incertitude, les difficultés et le poids qui en découlent. Le patient devient un acteur éclairé dans sa prise en charge grâce à cette information. Le médecin a donc confié une ou plusieurs missions au patient par ce partage d'incertitude. Ainsi, ce partage est source de soulagement en terme de responsabilité pour le

médecin. Le médecin prend la responsabilité de ses actes mais partage la responsabilité avec son patient. Ce caractère de responsabilité revêt un aspect médico-légal. Le médecin a la responsabilité d'informer son patient, qui est un devoir issu de la loi sur le droit à l'information des patients.

Un médecin évoque le devoir légal du partage de l'incertitude et la responsabilité que doit prendre le patient clairement informé et partenaire de sa prise en charge.

« Mais je pense que de toute façon il faut le dire, on est dans un monde où les gens ne te pardonneront jamais d'avoir raté un diagnostic parce que tu étais trop sûr de toi. [...] Après c'est parfois je pense aussi une façon de se... pas de se laver les mains, hein, qu'on s'entende bien, je prends les responsabilités de ce que je fais, mais de se... eh bien comme dit, en tant que partenaire je veux dire, c'est aussi de leur responsabilité. » Entretien 5.

Le médecin ayant informé le patient, considère ce dernier comme un partenaire. Le médecin se sent ainsi moins seul pour prendre les décisions. Ce partage d'incertitude soulage le médecin d'une partie de la responsabilité et diminue son sentiment d'isolement.

c) Les avantages du partage de l'incertitude pour la relation soigné-soignant

(1) Amélioration de la confiance du patient : une relation de vérité dans un cadre éthique

Le partage d'incertitude signe, de la part des médecins, une authenticité et une certaine transparence. C'est une démarche volontaire d'honnêteté et d'humilité que les patients perçoivent lors de l'annonce d'incertitude des médecins. Les médecins interrogés montrent les limites de leurs connaissances aux patients et affirment qu'ils s'occupent de leurs patients avec leurs propres capacités, bien que limitées, mais qu'ils vont chercher une solution. C'est ce dont témoigne le médecin dans l'entretien 4.

« Eh bien voilà, je vais vous soigner avec euh... avec ce que je suis capable de faire, c'est mes capacités, et ces capacités-là, eh bien... elles sont pas infinies, je ne sais pas tout, et je vais chercher. » Entretien 4.

Le médecin de l'entretien 5 rappelle son caractère humain à travers la mise en évidence de ses limites.

« On est des êtres humains quoi. Ils s'en rendent compte. Enfin moi je veux dire, je vis dans le village, je ne vis pas dans le village mais j'ai mon fils dans le village, ils me voient avec lui. Ils comprennent aussi que d'un autre côté je suis comme eux. Alors, j'ai des connaissances en plus, mais je ne peux pas tout savoir. Je veux dire, j'examine les gens, je fais de mon mieux et parfois je ne sais pas. » Entretien 5.

Cela permet au médecin de rappeler au patient qu'il est une personne normale et qu'il ne sait pas tout. Cet aspect peut être rassurant également pour le patient qui perçoit que son médecin connaît ses limites et l'adressera si besoin à un confrère au moment adapté. Le patient qui reconnaît cette attitude d'honnêteté du médecin peut voir sa confiance en son médecin grandir. La relation médecin-patient se place dans un cadre éthique de vérité et se voit nourrie et renforcée par ce partage d'incertitude. Une condition pour ce faire est que le patient tolère bien cette incertitude.

Le médecin de l'entretien 4 témoigne d'une relation de confiance construite grâce au partage d'incertitude. Il s'agit d'un patient victime d'un AVC avec lequel ce médecin a un échange sur son pronostic de récupération motrice. Ce médecin manifeste son honnêteté envers ce patient en lui disant qu'il ne sait pas comment il va récupérer.

« Il vient me voir avec son hémiparésie, en me disant : "Docteur dans combien de temps je vais être guéri ? Dans combien de temps ça va aller mieux ?" Et je lui ai dit : "Je ne sais pas, je ne sais pas si vous récupérerez à cent pour cent, je ne sais pas combien de temps ça prendra." Je lui ai dit : "Je pense que vous récupérerez, euh... mais je ne sais pas si ce sera la totalité ou pas, et surtout, ça peut prendre plusieurs mois, plusieurs années, et, il n'y a rien de gagné, il faudra que vous fassiez de la rééducation, enfin voilà, ça ne va pas arriver tout seul quoi." » Entretien 4.

La réaction du patient à cette annonce est de la frustration. Ce patient interroge alors d'autres médecins spécialistes d'organes, qui lui disent que vu son jeune âge, il récupèrera. Finalement après plusieurs mois sans récupération, l'incertitude du médecin interrogé sur la récupération a permis d'améliorer la confiance du patient en son médecin.

« Et du coup il était frustré de cette réponse, du "je ne sais pas". Donc du coup il a été voir le neurologue, le cardiologue, le chirurgien cardiaque euh... voilà, qui ont tous dit : "Mais oui monsieur, vous êtes jeune, dans six mois c'est sûr, vous marchez, vous parlez normalement, [il a une hémianopsie], vous verrez normalement, tout ira bien monsieur." Et voilà, il s'est passé deux mois, quatre mois, six mois, et en fait il ne va toujours pas mieux. Et du coup, il est en colère contre ces spécialistes qui ont dit : "Ouais je sais, toute façon vous êtes jeunes, vous vous en sortirez." Et... quelque part... alors moi il ne m'en veut pas du tout par contre. [...] Il vient toujours me voir et il a toujours confiance en moi parce que je n'ai jamais affirmé que ça serait mieux un jour quoi. » Entretien 4.

Envisageons une situation inverse, donc d'un médecin très sûr de lui qui ne partage pas son incertitude. En cas d'erreur diagnostique, la perte de confiance du patient envers son médecin sera conséquente.

(2) Création d'un partenariat entre le médecin et le patient : un préalable à la décision médicale partagée

La relation médecin-patient est caractérisée par une asymétrie des savoirs entre le médecin et le patient. Cette relation est également collaborative entre les deux protagonistes. Ces deux aspects permettent une complémentarité des rôles du médecin et du patient. Le patient a un droit à l'information, ce qui engage le médecin à partager l'information et notamment l'information à caractère d'incertitude. Le médecin donne une information en entrant en relation avec le patient.

Un médecin témoigne d'un partenariat avec un patient à l'occasion d'un partage d'incertitude sur l'origine de palpitations.

« Alors bon, quand je n'ai pas de signe de décompensation cardiaque, à l'électro je n'ai rien, je ne vais pas non plus foutre tout le monde chez le cardiologue en urgence. Alors le temps d'avoir rendez-vous je leur dis : "Vous faites attention, vous comptez le nombre de battements par minutes." Et déjà en fonction de ça, moi je peux peut-être déjà être orienté plutôt vers un truc ou plutôt un autre. En fait ça le rend un peu partenaire du diagnostic, c'est à dire il fera attention à des choses auxquelles il ne ferait pas attention autrement je pense. » Entretien 5.

Le patient devient un réel acteur de sa prise en charge dont le rôle, donné par le médecin, est de surveiller sa fréquence cardiaque.

C'est aussi l'occasion pour le médecin de montrer son soutien au patient à travers ce partage d'incertitude. Un médecin précise au patient qu'il ne sait pas exactement le diagnostic mais qu'il va chercher la solution avec lui, ensemble, et qu'il peut compter sur lui. Le médecin précise aussi que le dialogue reste ouvert, qu'il est disponible pour échanger si le patient en ressent le besoin.

« "Eh bien écoutez je ne sais pas mais on cherche ensemble." Et ça je pense que c'est assez constructif ça. "Vous n'êtes pas tout seul et puis vous pouvez... on peut échanger, vous me dites et je dis quoi." » Entretien 7.

Le patient et le médecin collaborent pour une meilleure prise en charge médicale. Une alliance thérapeutique et un partenariat sont créés. Il y a mise en place d'une cogestion de l'incertitude à travers ce partenariat. Le patient et le médecin discutent et essaient de faire ensemble des choix, de partager les décisions.

d) Les avantages du partage de l'incertitude pour la société :
diminution du nombre d'examens complémentaires et donc des coûts

Il y a des situations où la certitude n'est pas nécessaire pour bien prendre en charge le patient, lorsque l'enjeu n'est ni grave ni urgent. Dans ces cas, l'incertitude peut persister et le médecin peut donc éviter de faire un examen complémentaire ou le prévoir ultérieurement en cas de mauvaise évolution. Il partage donc au patient son incertitude et lui propose une stratégie diagnostique.

« C'est aussi euh... dans la mesure où on n'explique pas tout à fait un symptôme, on ne sait pas trop ce que c'est, mais en même temps on est sûr que ce n'est pas quelque chose de grave, ça veut dire aussi que le symptôme il a le droit de disparaître quoi... comme un ange qui passe et qui... [rires] [...] "Voilà, aujourd'hui, comme je vois la situation, il n'y a pas nécessité de faire cet examen mais si les choses ne s'arrangent pas on peut en reparler." »
Entretien 3.

Ce médecin présente son incertitude après avoir éliminé un éventuel diagnostic grave. Il dit clairement au patient qu'il n'y a pas d'urgence à faire un examen complémentaire, mais que la situation peut évoluer et qu'il faut réévaluer la situation en l'absence d'amélioration. Il se laisse du temps et l'opportunité que ce symptôme disparaisse spontanément.

Le partage d'incertitude permet donc d'éviter certains examens complémentaires et entraîne donc, par extension, une diminution des coûts de santé pour la société.

Nous pouvons donc conclure à de nombreux avantages potentiels du partage de l'incertitude pour le patient, le médecin, la relation médecin-patient et pour la société. Il est judicieux de prendre aussi en compte dans la balance les inconvénients de ce partage d'incertitude.

2. Les inconvénients du partage de l'incertitude

a) Les inconvénients du partage de l'incertitude pour le patient

(1) Risque de décharge du fardeau de la décision sur le patient

Un médecin raconte la situation d'un patient à qui l'urologue demande de choisir entre deux types de traitement pour son cancer de la prostate. Il y a une incertitude sur le traitement à privilégier. Dans cette situation, c'est le patient qui porte seul la décision, sans avoir l'expertise sur ce domaine.

« Je pense en particulier aux patients qui sont devant le choix de la radiothérapie ou de la chirurgie pour les cancers de la prostate. [...] Eh bien les patients ont l'impression qu'on leur a donné le fardeau quoi. Les patients vivent souvent ça de cette manière en sortant de

l'urologue et ils viennent ici en nous disant l'urologue m'a dit que c'était à moi de décider, j'ai le choix entre les rayons ou la chirurgie. » Entretien 3.

(2) Risque d'un effet d'annonce et de génération d'anxiété

L'impact du partage de l'incertitude sur le patient dépend surtout de sa tolérance à l'incertitude. Si le patient présente une aversion à l'incertitude, cette dernière va générer de l'anxiété pour le patient. Il peut en effet prendre peur devant son médecin, le supposé sachant, qui ne sait pas ce qui arrive au patient. Il peut paniquer à l'idée de son avenir incertain. Cette incertitude peut être alors source d'une grande frustration et d'inconfort pour le patient. Il reçoit une information sur son état de santé, information à laquelle il ne s'attendait peut être pas du tout. Cette information contient potentiellement des diagnostics graves envisagés pouvant faire écho en lui de manière très péjorative. Il peut alors présenter des réactions de défense suite à cette annonce d'incertitude : isolement, résignation, déni, révolte, etc. Les médecins interrogés qualifient le partage d'incertitude comme un effet d'annonce, du fait de l'impact potentiel sur le patient. Nous percevons en effet des similitudes avec l'annonce d'un diagnostic grave.

Un médecin évoque que le partage d'incertitude entraîne un effet d'annonce avec une réaction qu'il faut être prêt à accueillir et prévoir un peu de temps pour cela.

« Quand j'ai un symptôme neurologique et que je lui dis : "Voilà, il faut aller voir un neurologue assez vite", je ne sais pas, pour une suspicion de sclérose en plaque ou je ne sais pas. Je me rends compte que sans annoncer un diagnostic, ce n'est pas une annonce de maladie sévère mais il y a quand même un effet d'annonce, donc il faut aussi euh... faut savoir qu'il faut un peu de temps juste après pour euh... accueillir la réaction. » Entretien 3.

Un médecin relate une situation d'annonce d'incertitude qui s'est mal passée avec un patient paranoïaque. Il présente des symptômes digestifs de type douleurs transfixiantes récurrentes qui ont fait l'objet de nombreux examens complémentaires aux résultats infructueux. Les symptômes du patient semblent avoir une origine psychosomatique, que le médecin essaye d'aborder avec lui. Le patient réagit très mal à cette annonce.

« J'essaye de partir sur le côté plus psychosomatique quoi. Et là, il réagit complètement en disant : "Maintenant ça suffit, je veux un nouvel IRM." Et en fait, il me dit : "Toute façon vous ne savez pas ce que j'ai !" Et je dis : "Non effectivement, je ne sais pas ce que vous avez.". Et le fait de dire ça, c'est parti en live complet, il a dit que j'étais une incapable, que toute façon tout ce que je savais c'était prescrire du doliprane, enfin voilà. » Entretien 4.

Dans cet exemple, il y a bien un effet d'annonce qui est reçu difficilement et entraîne une réaction violente de la part du patient.

L'incertitude peut générer de l'anxiété chez le patient et peut donc nuire à sa santé, à sa prise en charge et à son suivi. Ainsi, le partage d'incertitude peut entraîner des conséquences délétères pour un patient intolérant à l'incertitude ou qui n'est pas prêt à recevoir ce type d'information. C'est le cas, d'après les médecins interrogés, de certains patients hyper anxieux, hypochondriaques, ou paranoïaques.

« Ça m'est arrivé deux ou trois fois je pense, où je leur explique et j'ai vu le... le regard noir... de panique. Et là je me suis dit eh merde, tu as raté une occasion de te taire ! Ou j'ai eu l'impression qu'eux auraient besoin que je garde l'incertitude pour moi, que je supporte l'incertitude à leur place. » Entretien 5.

L'anxiété générée par l'incertitude peut être très violente pour le patient, jusqu'à le paniquer. Elle peut parfois provoquer une forme de syndrome dépressif réactionnel, qu'il faut être prêt à accueillir également. Pour ces patients, le partage de l'incertitude s'avère dangereux. La balance bénéfices-risques pèse-t-elle alors en défaveur d'une transmission de l'incertitude ?

b) Les inconvénients du partage de l'incertitude pour le médecin

(1) Source de frustration pour le médecin

Le partage d'incertitude peut également être source de frustration pour le médecin. L'incertitude en elle-même peut générer de la frustration. Plus la tolérance à l'incertitude augmente, plus cette frustration diminue. Le fait de partager cette incertitude met le médecin face à son impuissance ou ses limites, ce qui peut le frustrer.

Dans l'entretien 4, le médecin est frustré car il n'a pas de traitement à donner au patient. Il s'agit d'un patient qui a des séquelles de radiothérapie dans les suites d'un cancer ORL. Il présente des symptômes qui ont fait l'objet de multiples examens et tentatives de traitements infructueux. Le médecin est dans l'incertitude face aux traitements des symptômes : il le partage au patient qui prend très bien cette nouvelle.

« Et en fait je me disais, mais à chaque fois qu'il me parle d'un truc je lui dis que je ne sais pas. Euh, fin... et puis pour ces coliques il avait tout essayé, tous les médicaments du monde... Et je lui ai dit : "Enfin voilà, vous avez un colon qui a été irradié. Des coliques vous en aurez tout le temps, et je ne sais pas comment vous aider." Et en fait je me disais : "Purée, purée, t'es nulle, il ne va jamais revenir quoi." Et en fait, il a "surkiffé". Et c'est à dire qu'il m'a dit euh : "Ah mais c'est génial, jamais personne ne m'avait dit qu'il ne savait pas." Et je lui ai dit : "Ah bon ?" [rire] Et euh... et il m'a dit : "Ouais mais ça me fait plaisir parce qu'en fait on me dit toujours que ça va marcher, qu'on va me donner plein de choses et que ça va marcher, et du coup ça ne marche jamais. Mais je suis rassuré que... que... que vous me disiez que vous ne savez pas, et que euh... et voilà." » Entretien 4.

Le médecin est frustré initialement mais le patient a apprécié la franchise du médecin au travers de ce partage d'incertitude. Il peut y avoir ainsi un décalage entre le patient et le médecin en terme de satisfaction.

La formation médicale apprend au médecin à donner des diagnostics, c'est à dire à mettre un mot sur des maux, ce qui peut rassurer les patients. Mais ce n'est pas toujours le cas. Certains patients peuvent se contenter d'être dans l'incertitude sur le diagnostic s'il y a une certitude sur d'autres éléments tels que la gravité.

(2) Risque de perte de crédibilité du médecin

Le médecin dévoile ses limites et certaines faiblesses à travers ce partage d'incertitude. Il peut donc se voir perdre en crédibilité.

Le médecin de l'entretien 2 évoque le risque de discrédit du médecin, secondaire à cette communication d'incertitude.

« Si vous, si vous posez un.... si vous êtes là : "Je ne sais pas, on va peut-être essayer ça, oui bon, enfin, je ne sais même pas si ça va marcher, etc." Qu'est-ce que pense la personne qui ressort de chez vous ? Il se dit : "Eh bien je ne suis pas avancé là..." Enfin je parle des gens qui sont un peu cortiqués quoi. Ils se disent : "Mais, on ne peut pas se contenter de ça, il faut..." Et ils vont voir ailleurs bien entendu, et c'est bien normal. Seulement vous, vous êtes discrédité parce que vous n'avez pas su leur dire des choses clairement. » Entretien 2.

Dans cet exemple, le médecin partage son incertitude mais il ne propose pas de solution pour pallier cette incertitude. De plus, il est très hésitant dans sa façon de communiquer et se questionne devant le patient. La forme que met le médecin pour transmettre son message influe sur l'interlocuteur. Ici, la forme est très vague, floue, incertaine, ce qui donne une connotation négative supplémentaire à l'incertitude. Des habiletés communicationnelles insuffisantes peuvent engendrer un discrédit du médecin. Le partage d'incertitude sans proposition concrète derrière et avec une attitude hésitante peut faire perdre de la crédibilité au médecin.

c) Les inconvénients du partage de l'incertitude pour la relation soigné-soignant : risque de perte de confiance du patient en son médecin, source de nomadisme médical

Le médecin qui annonce son incertitude au patient peut donc perdre une certaine crédibilité. En ce sens, la confiance du patient peut être altérée : le patient peut voir uniquement en son médecin quelqu'un qui ne sait pas de quoi il souffre. Cette perte de confiance peut amener le patient, afin de trouver une solution, à se tourner vers d'autres médecins et donc être source de nomadisme médical.

Le médecin de l'entretien 6 témoigne de la perte de confiance et de la méfiance de certains patients suite au partage d'incertitude. Le patient se tourne alors vers un confrère ou est en errance diagnostique.

« Je n'ai pas apporté la réponse qui lui fallait, ou je n'ai pas su le rassurer, ou... voilà, il s'attendait à autre chose, bon eh bien voilà, il va voir quelqu'un d'autre, ce n'est pas grave en soi hein. Mais bon, le risque c'est de ne pas faire les examens, ou de ne pas avancer, qu'il

y ait une rupture de prise en charge. S'il va voir quelqu'un d'autre ce n'est pas grave. L'autre personne verra comment l'amener à faire quelque chose. [rires] [...] Eh bien oui, leur faire peur, les braquer, euh... pour certains ils disent : "Oh mais c'est vous le docteur !" De la méfiance du coup, ils peuvent se méfier oui. Ils se disent : "Oh mais pourquoi il ne sait pas ?" » Entretien 6.

Ainsi, ce partage d'incertitude peut être source de nomadisme médical. Le patient n'ayant plus confiance en son médecin peut se trouver alors en situation d'errance diagnostique, donc de perte de temps amenant à une perte de chance.

Nous voyons donc que la communication de l'incertitude au patient n'est pas neutre. Elle amène de nombreuses conséquences, positives et négatives, qui nécessitent un savoir-faire particulier pour le médecin, une adaptation constante et une prise de conscience de la balance bénéfices-risques.

C. Comment les médecins communiquent leur incertitude

Nous avons vu précédemment que de nombreux facteurs influencent le partage de l'incertitude et que les conséquences de ce partage sont importantes pour les médecins et les patients.

Nous nous intéressons désormais aux caractéristiques de la communication de l'incertitude des médecins à leurs patients, c'est à dire sur le fond et la forme de cette communication.

1. Expression d'incertitude et proposition d'une stratégie claire

La communication de l'incertitude peut se faire sous forme non verbale ou verbale. Les expressions non verbales n'ont pas été analysées par l'auteur, le contexte des entretiens n'étant pas prévu pour cela. Il s'agissait en effet d'entretiens de médecins en dehors de consultation, dans le but d'analyser leur vécu et représentations de la communication de l'incertitude, nous ne pouvions donc pas analyser la communication non verbale de leur incertitude.

a) La modalité épistémique

Les médecins expriment indirectement leur incertitude aux patients par l'expression de modalités épistémiques (cf. tableau 2). Les médecins interrogés utilisent des verbes modaux : « *pouvoir* », « *devoir* ».

- Le verbe « *pouvoir* » : « *Ça peut être autre chose.* » Entretien 4. C'est l'expression d'une modalité implicative.
- Le verbe « *devoir* » : « *Ça doit correspondre à ça.* » Entretien 1. Au présent, « *devoir* » exprime une quasi certitude. C'est l'expression de la modalité problématique.
- Le verbe « *devoir* » au conditionnel, « *devrait* » exprime la potentialité : « *Un symptôme qui devrait les faire tiquer.* » Entretien 5. Au conditionnel, le degré d'incertitude introduit par le verbe « *devoir* » est plus grand qu'au présent.

Le médecin de l'entretien 3 nous raconte la situation d'un patient à qui il exprime, à travers le « *je pense* », son incertitude sur l'effet d'un changement minime de posologie de Levothyrox sur son état de fatigue.

« *"Je pense pas que le fait d'augmenter ou de diminuer six microgrammes va changer quelque chose à votre état de fatigue ou euh... parce que..." Je leur dis souvent "je pense", c'est mon ressenti. [...] Donc je pense, c'est encore une manière de laisser de la place à l'incertitude puisque je pense moi, mais c'est pas la loi quoi ! Ça veut dire qu'il y en a peut-être d'autres qui peuvent penser différemment ou que eux peuvent penser différemment et qu'on peut échanger là-dessus quoi.* » Entretien 3.

Les médecins interrogés utilisent également les verbes « *supposer* » et « *imaginer* », qui expriment tous deux l'incertitude. Ils utilisent aussi du vocabulaire pour exprimer l'apparence qui est aussi une marque de subjectivité et donc d'incertitude : « *on dirait que* », « *ça ressemble à* ». La notion de risque est aussi une forme d'incertitude : « *il y a un risque que* ».

Tableau 2. Modalités épistémiques identifiées dans les entretiens. Tableau adapté issu de l'étude de José Aguilar : « L'expression de modalités épistémiques par des enseignants en situation d'entretien : Une proposition méthodologique d'analyse discursive de l'agir professoral. » (60)

Modalités épistémiques	modalisateurs
certitude -	je ne suis pas sûr
connaissance -	je ne sais pas, je n'ai jamais vu ça, je ne sais pas exactement, je ne sais pas trop
supposition	je suppose, je pense que, je crois que, il me semble que, j'estime que
imagination	on peut imaginer que, selon
probabilité	probable, probablement, sûrement, certainement, il y a un risque que
possibilité +	possible, possiblement, peut-être, ça peut évoquer, certainement
possibilité -	il se pourrait, éventuellement, sans doute, il y a un risque que
apparence	on dirait que, ça ressemble à

Le signe “-” signifie manque et le signe “+” signifie présence.

b) Explication d'une stratégie claire

Les médecins expriment leur incertitude en l'accompagnant d'autres informations pour ne pas que cette incertitude soit brute, afin de faciliter la compréhension du patient. Ils donnent des explications sur la situation et les causes de cette incertitude. Ils dressent le tableau des hypothèses diagnostiques éventuelles avec les arguments pour ou contre. Ils peuvent aussi émettre l'hypothèse d'un diagnostic et d'une alternative diagnostique possible. Ils se ménagent une porte de sortie éventuelle en disant que si ça évolue mal il faudra réévaluer la situation, le diagnostic n'étant pas certain. Ils proposent une démarche diagnostique et

thérapeutique avec les étapes successives envisagées de façon claire et les options à choisir avec le patient.

Le médecin de l'entretien 1 témoigne de son habitude et de son aisance à partager son incertitude et sa démarche diagnostique.

« Je partage beaucoup ma démarche diagnostique avec les patients, donc euh... je leur explique que j'ai tel argument pour penser à telle chose mais très souvent ce n'est pas un argument à cent pour cent. Et si ils me demandent, enfin moi j'aime bien ces situations là où ils me demandent si je suis sûr, je leur réponds. Je leur dis : "Eh bien non, je ne suis pas sûr, mais ce n'est pas grave ! Je ne suis pas sûr mais je sais comment on peut gérer même sans avoir des éléments de certitude." » Entretien 1.

Ce médecin exprime même un certain plaisir, exprimé par « *j'aime bien* », devant des situations où il partage son incertitude.

Il y a deux situations types d'incertitude diagnostique : soit le médecin ne sait pas ce qu'a le patient et va alors demander des examens complémentaires ou avis de spécialistes, soit les examens complémentaires ont déjà été faits mais le médecin ne sait toujours pas ce qu'a le patient.

Dans l'entretien 4, le médecin évoque ces deux situations : « *L'incertitude au départ de dire "je ne sais pas mais on va chercher" et l'incertitude de dire "eh bien on a cherché, on n'a rien trouvé et je ne sais toujours pas" »*. Entretien 4.

Dans la deuxième situation le médecin doit faire d'autant plus attention à la réponse apportée au patient, qui peut être source de frustration.

c) La clarté de l'explication

Pour communiquer l'incertitude, le médecin choisit avec précision ses mots. Il s'agit d'être clair dans sa façon de communiquer, de faire preuve de clarté pour ne pas rajouter de l'ambiguïté.

Dans l'entretien 2, le médecin insiste sur l'importance de « *dire des choses clairement* » Entretien 2, sans quoi le médecin peut être discrédité. Il poursuit en disant : « *Et à un moment il ne faut pas être évasif, il faut dire clairement "Je ne sais pas. Je ne peux rien vous promettre."* » Entretien 2.

La clarté de l'explication facilite une bonne compréhension, d'après le médecin de l'entretien 8 : « *Je lui ai expliqué très clairement pour qu'elle comprenne bien.* » Entretien 8.

2. Négociation d'une décision avec le patient : une décision médicale partagée

Après le partage de l'incertitude, le médecin fait des propositions au patient pour sa stratégie diagnostique. C'est la phase de négociation de la décision avec le patient. Le médecin explique au patient, par exemple, qu'il ne sait pas exactement le diagnostic, étant trop tôt dans le processus de la maladie, et que ses symptômes peuvent évoluer. Le médecin lui demande alors de surveiller certains symptômes et lui propose de réévaluer la situation après un certain temps, qu'ils définissent ensemble. Il y a là une décision qui est prise entre les deux parties. Le médecin s'assure d'une bonne compréhension du patient, éventuellement en lui demandant de reformuler ce qu'il a compris. Puis il lui demande s'il est d'accord avec cette prise en charge. Le médecin peut aussi communiquer au patient les signes qui doivent l'amener à revenir en consultation.

Le médecin de l'entretien 3 témoigne de son alliance avec le patient. Un accord est passé entre eux sur la suite de la démarche.

« *Ça me permet aussi de faire une alliance hein, d'avoir une stratégie thérapeutique qui est comprise par le patient, qu'il va accepter aussi euh... [...] "On va essayer ce médicament, je ne suis pas sûr que ça marche, on se revoit dans huit jours pour voir si vous avez moins mal. Si ça ne marche pas, il y a d'autres médicaments en réserve, on essayera autre chose."* » Entretien 3.

Le patient devient acteur et a pour mission d'évaluer et de rapporter au médecin l'efficacité du traitement sur son symptôme. Le médecin propose une conduite à tenir et se met d'accord avec le patient : ils partagent idéalement la décision.

3. Une relation saine et en vérité

Le cadre nécessaire mis en évidence dans ces entretiens est une relation soigné-soignant de qualité. En effet, cette relation de confiance est importante pour l'acceptation de l'incertitude. Le désir du médecin de dire la vérité au patient vient alimenter cette confiance et nourrir la relation. Cette relation nécessite une écoute attentive de la part du médecin envers son patient, pour que l'information puisse être adaptée. L'écoute permet aussi au médecin de savoir ce que le patient a entendu et compris de la situation.

Dans l'entretien 4, le médecin témoigne de sa relation avec un patient : *« "Ah, elle m'écoute, elle dit pas qu'elle sait." Enfin tu vois, c'est aussi dire : "Nan, on n'est pas dans une relation paternaliste, c'est pas moi qui sait, et vous qui, vous qui...enfin voilà." Du coup ça, ça renforce vachement. Mais il faut que la relation elle soit saine quoi. Si à la base le mec il pense que t'es une sous-merde et que tu ne vas pas y arriver, ça ne marche pas. »* Entretien 4.

Une relation saine entre le médecin et le patient est une relation basée sur la confiance. Il est important de maintenir le lien avec le patient dans le cadre de ce partage d'incertitude. Le patient doit savoir qu'il peut compter sur le médecin en cas de questions ou de doutes, par le biais d'une conversation téléphonique ou d'une consultation.

Dans l'entretien 8, le médecin évoque ce lien à maintenir : *« Faut maintenir ce lien, et ils savent, ils savent qu'il peuvent revenir m'en parler donc c'est bien. »* Entretien 8.

Après un partage d'incertitude, le médecin est souvent amené à proposer une nouvelle consultation pour réévaluer la situation, tant sur le plan médical que pour garder le lien avec le patient et voir comment il vit la situation.

Dans un souci éthique, les médecins expriment un désir de dire la vérité au patient. Il ne s'agit pas à tout prix de dire toute la vérité au patient, mais celle qu'il veut entendre, qu'il est prêt à

entendre. Cette information peut aussi être transmise plus tard, si c'est le souhait du patient. C'est aussi son droit de ne pas savoir. Mais le médecin n'a pas le droit de lui cacher des informations délibérément dans son dos.

Un médecin explique que lorsqu'il ne peut pas affirmer de façon sûre quelque chose au patient, il ne le fait pas, dans un souci de vérité.

« Oui, parfois il y a des patients qui auraient envie que tu leur donnes un genre de garantie, que tu leur dises : "Bon eh bien alors c'est sûr que c'est pas ça." Et il y a des fois où tu ne peux pas leur garantir que c'est sûr que ce n'est pas ça. Et ça je leur dis, je ne leur donne jamais d'assurance certaine si... si je n'ai pas les éléments pour le faire. » Entretien 1.

Sur une relation forte entre le patient et le médecin, et dans une éthique de la vérité, le médecin partage son incertitude en s'adaptant à son patient.

4. Le médecin s'adapte au patient

Le médecin essaye de s'adapter à son patient. Pour ce faire, il faut un minimum le connaître. Le médecin essaye donc de savoir quelles sont ses attentes, ses craintes, sa tolérance à l'incertitude, son fonctionnement, ses émotions et ses capacités de compréhension. Il explore ces champs, idéalement avant de communiquer son incertitude, pour adapter son discours à la singularité du patient. C'est donc une approche individuelle, propre à chaque patient. Très souvent, les patients viennent pour se rassurer à propos d'un symptôme qui les inquiète. De prime abord, nous pouvons penser que rajouter de l'incertitude à cette inquiétude va exacerber de l'anxiété. Or, le fait d'explorer les attentes et les craintes des patients permet souvent de désamorcer l'inquiétude, et l'incertitude divulguée peut même parfois rassurer les patients.

« Partager avec le patient ça veut dire aussi : "Qu'est ce que vous en pensez, est-ce que vous avez pensé à quelque chose ? Comment vous voyez ce symptôme euh... quand vous avez pensé ?" Il y a un certain nombre de gens qui effectivement vont me dire : "Eh bien j'ai peur d'avoir une sclérose en plaque." Alors, ça permet aussi parfois de... parfois les gens sont très très loin de ça mais ça permet de savoir aussi d'où on peut partir pour... euh... pour avancer quoi. » Entretien 3.

Donner la parole au patient pour qu'il exprime ses craintes et ses attentes permet au médecin de le rejoindre là où il se trouve et de lui donner l'information adaptée. Dans la dernière citation, le médecin a écarté complètement le diagnostic de sclérose en plaque et va donc pouvoir rassurer le patient sur le « *point douloureux* » qui l'inquiète. Les patients ne cherchent pas forcément à avoir un diagnostic mais à être rassuré sur un point particulier. Ainsi, ils peuvent très bien tolérer l'incertitude et le fait de repartir sans diagnostic s'ils ont été rassurés, c'est-à-dire si leurs craintes ont été entendues et prises en compte.

Les médecins interrogés ne se contentent pas de délivrer une information au patient de manière simplement objective et transparente, sinon ils risquent d'être contre-productifs et de générer beaucoup d'anxiété. Ils s'adaptent à la tolérance à l'incertitude du patient, à son anxiété réactionnelle à l'incertitude.

« *On va forcément s'adapter au niveau d'anxiété de chacun.* » Entretien 6.

Pour certains patients hypochondriaques ou paranoïaques, il vaut mieux affirmer des diagnostics négatifs voire même éviter le partage d'incertitude. A contrario, pour un patient qui ne prend pas bien soin de lui, le médecin peut être amené à lui partager largement son incertitude afin qu'il soit davantage impliqué dans sa prise en charge. Les médecins nuancent donc les propos d'incertitude selon la personne : les médecins partagent moins leur incertitudes avec quelqu'un qu'ils perçoivent comme anxieux et partagent plus d'incertitude avec quelqu'un qui a tendance à être négligent avec sa santé.

« *Les très anxieux, tant que c'est pas hyper grave et hyper urgent, on ferme la bouche et on attend d'être sûr.* » Entretien 5.

Le contexte de la pathologie suspectée intervient aussi dans cette adaptation, selon l'urgence et la gravité potentielle.

Le médecin s'adapte aussi aux capacités de compréhension du patient. Il y a tout d'abord l'éventuelle barrière de la langue, nécessitant un interprète, puis les différents niveaux d'instruction et de littératie en santé. Tous les patients ne souhaitent pas, ou ne sont pas en mesure de comprendre, le raisonnement à propos de la démarche diagnostique. Le cas de l'incertitude autour du dépistage du cancer de la prostate en est un exemple. Le médecin

s'adapte à ce que le patient sait, à ce qu'il souhaite et ce qu'il est en mesure d'entendre, notamment à propos de la balance bénéfices-risques de ce dépistage.

Les médecins interrogés sont convaincus qu'il faut s'adapter au patient concerné :

« [...] *Une adaptation constante à chaque type de patient, à chaque patient parce qu'en fait il n'y a pas de type de patient, et à chaque individu.* » Entretien 4. « *En fonction de leur compréhension* » Entretien 5. « *La médecine ça s'exerce quand même beaucoup avec la personne euh... on fait comme on peut hein ! [...]* *Je m'adapte à la... à ce que je connais du profil.* » Entretien 3. « *Faut quelqu'un qui est un peu solide, pas quelqu'un de trop fragile.* » Entretien 7.

Ces médecins ajustent donc leur discours au plus près du patient par la connaissance qu'ils ont de lui. Ils se mettent à la hauteur du patient pour mieux le comprendre et s'adapter. Ils font aussi appel à des compétences en matière d'empathie et de tact pour avoir un discours adapté.

5. L'empathie au service du tact

Les médecins interrogés précisaient la nécessité d'un certain tact à avoir lors de l'annonce d'incertitude. Le tact est une attitude à adopter pour ne pas blesser l'autre. Cette annonce d'incertitude nécessite une attitude d'écoute, une attitude d'empathie pour comprendre ce que le patient vit.

a) Attitude empathique

L'empathie est donc un préalable pour avoir du tact avec le patient. Le médecin de l'entretien 4 témoigne d'une consultation avec un patient présentant un accident vasculaire cérébral avec des séquelles. Ce médecin lui partage son incertitude sur le pronostic de récupération fonctionnelle au travers d'une attitude empathique.

« Eh bien, je lui ai dit que voilà, effectivement il était jeune, que... on ne savait pas, que je n'avais pas de chiffre, que je comprenais que ça pouvait être frustrant. Et, j'ai dit ça, je comprenais qu'il avait besoin, lui, qu'on lui donne des statistiques, et que, dans trente pour cent des cas il remarquerait et qu'en même temps, c'était pas une bonne réponse, parce qu'en

médecine, il n'y a jamais de cent pour cent quoi. Et que par contre j'étais cent pour cent sûr qu'il était en vie et que du coup c'était déjà ça. [...] C'est toujours le côté empathie, c'est à dire : "Je vois que vous souffrez, je comprends que vous souffrez." Je le dis. Et voilà, et après on travaille. Mais déjà reconnaître que la frustration peut faire souffrir, c'est déjà reconnaître qu'il souffre. Et je pense que pour lui c'était important. » Entretien 4.

Dans cet entretien, le médecin insiste sur l'importance de l'empathie pour que le patient puisse entendre l'incertitude. L'empathie permet au patient de se sentir écouté, entendu et donc d'exister. Cette écoute permet de déclencher des choses chez le patient, en matière de compréhension, de réflexion, d'acceptation.

b) Utilisation des émotions du médecin

L'empathie permet au médecin de comprendre les émotions de son patient. Le médecin a aussi des émotions, mais il n'en est pas toujours conscient. Ces émotions peuvent être des réactions à celles du patient ou être liées à une intolérance à l'incertitude. Les médecins interrogés utilisent leurs émotions pour savoir ce qu'ils vont communiquer au patient.

Au cours de l'entretien 8, le médecin nous révèle que c'est son ressenti de la situation, finalement sa subjectivité, qui a un impact sur la décision du partage de l'incertitude.

« C'est le ressenti de la relation que j'ai avec le patient, le ressenti que j'ai de sa capacité à affronter les malheurs du monde, les connaissances du patient [...] donc le mix de tout ça, va me donner une situation subjective qui va un peu me dicter ma conduite. » Entretien 8.

Le ressenti est l'expression physique d'une émotion. La relation avec le patient entraîne une émotion chez le médecin, qui provoque un ressenti. C'est de ce ressenti que se sert le praticien pour savoir comment partager son incertitude.

Les médecins interrogés témoignent de leurs émotions en situation d'incertitude : *« J'aurais eu trop peur, trop peur de rater un truc. » Entretien 5.*

Le médecin de l'entretien 7 témoigne de l'influence de son anxiété liée à l'incertitude, sur son partage de l'incertitude : « *J'ai quand même été assez dérangée [...] Je n'ai pas partagé mon inquiétude [...] parce que moi-même ça m'inquiétait.* » Entretien 7.

L'inquiétude des médecins, l'anxiété liée à l'incertitude est une réaction émotionnelle qui freine les médecins interrogés à partager leur incertitude.

Les médecins interrogés partagent souvent leurs sentiments pour rassurer le patient face à l'incertitude. « *Je ne suis pas inquiète. Voilà, vous avez telle douleur, vous êtes venus parce que ça vous inquiète, moi je ne suis pas du tout inquiète.* » Entretien 3.

L'empathie permet au médecin d'identifier, de comprendre les émotions du patient et de lui en faire part, ce qui facilite la communication de l'incertitude. Les médecins interrogés ont aussi des émotions qui entraînent des ressentis et les aident à mieux communiquer leur incertitude.

c) Montrer son soutien et rester positif

Les médecins interrogés sont convaincus de l'importance de montrer leur soutien au patient et de rester positifs surtout après un partage d'incertitude. Il s'agit pour eux de laisser le patient dans une situation suffisamment confortable pour qu'il puisse gérer son anxiété liée à l'incertitude.

« *Eh bien écoutez, là je ne sais pas mais on va chercher ensemble.* » Entretien 7.

Le terme « *ensemble* » montre bien que le médecin est avec le patient dans cette situation d'incertitude, il ne l'abandonne pas. Ce médecin manifeste son soutien au patient par cette phrase.

Un médecin va plus loin avec un patient qui a un accident vasculaire cérébral, en essayant de lui montrer le positif dans cette situation d'incertitude de récupération fonctionnelle.

« *Je ne l'ai pas laissé sur le "je ne sais pas", j'ai essayé de dire quelque chose de positif en disant que quand même on allait travailler, mais peut être plus dans le concret. [...] Et si j'avais la certitude que ça allait mieux, je n'aurais pas pu travailler avec lui sur ce côté-là.* »
Entretien 4.

Ce médecin montre aussi son soutien par sa présence future aux côtés du patient à travers l'emploi du pronom « *on* », qui signe son implication. Il essaye de lui montrer les aspects positifs pour lui permettre de mieux supporter la nouvelle. Les médecins interrogés essayent en quelque sorte de rassurer le patient un minimum après l'annonce d'incertitude. De plus, ce médecin évoque l'intérêt de la reconnaissance et du partage de l'incertitude au patient pour pouvoir envisager les différentes possibilités et anticiper les choses avec lui.

d) Précautions, retenue et tact

L'incertitude présente des risques et nécessite d'être maniée avec attention. Le médecin de l'entretien 7 insiste sur cette notion de précaution à prendre : « *L'incertitude peut être source d'angoisse, voilà. Et donc, c'est quand même à manier avec une certaine précaution parce qu'il y a un... un temps d'attente du fait, je pense, très anxiogène.* » Entretien 7.

Le médecin de l'entretien 1 précise que pour que le patient soit satisfait, il faut que l'incertitude soit « *bien amenée* ». Bien amener l'incertitude c'est la divulguer au patient de la bonne façon pour ce patient-là, avec tact. Cela nécessite des compétences en communication, verbale et non verbale, notamment dans le choix des mots et dans la manière de le dire et de se taire.

Pour la présenter au patient, l'incertitude nécessite donc pour le médecin de prendre des précautions, que certains nomment tact. Certains médecins évoquent des choses à ne pas dire au patient.

Un médecin dit qu'il s'agit de « *ne pas tout dire et n'importe quoi* ». Entretien 5.

Un médecin raconte qu'il n'est pas envisageable pour lui de divulguer son incertitude de façon brute telle que : « *Je ne sais pas ce que vous avez... euh... je ne sais plus quoi faire avec vous.* » Entretien 3.

Il est donc question d'une façon de présenter l'incertitude, d'une retenue de la parole par le médecin. Le médecin fait preuve de retenue et donc en ce sens de tact. Il peut décider de donner l'information en plusieurs fois. Il peut divulguer une partie seulement de l'incertitude. Cette modulation de l'incertitude est fonction du patient. La modulation en plusieurs fois fait écho à la notion de temps. Avoir du tact peut aussi signifier ne pas communiquer l'incertitude ou la communiquer partiellement, selon le désir du patient ou son anxiété. Un partage partiel de l'incertitude est une possibilité évoquée par certains médecins, pour ne pas inquiéter à tort le patient.

En effet, un médecin évoque une hypothèse diagnostique de métastase vertébrale devant une lombalgie symptomatique.

« J'estime, disons, que le risque pour qu'elle ait des métastases, estimons le à cinq pourcent ou dix. C'est un diagnostic gravissime. Cette personne sait ce que c'est une chimiothérapie, une radiothérapie, elle l'a vécue. Lui faire entrevoir ce diagnostic... euh... c'est la plonger dans un océan d'angoisse jusqu'à ce que nous ayons le résultat de la scintigraphie. [...] Donc j'ai gardé ça pour moi, cette incertitude elle est là. Voilà. » Entretien 8.

Il s'agit d'un diagnostic au pronostic sombre et sans critère d'urgence mais dont l'hypothèse est très peu probable. Le médecin décide de reporter ce partage de risque. Le partage de risque est un partage d'incertitude. Cette attitude de retenue revêt d'autant plus d'importance qu'un examen complémentaire est demandé et que les délais d'obtention des résultats sont très longs. Les médecins interrogés évitent la brutalité dans leur propos. Ils évitent notamment de prononcer un diagnostic grave sans certitude. Ce diagnostic peut être vécu violemment par le patient. Lui faire vivre cette brutalité sans certitude ne semble pas propice à sa santé pour les médecins interrogés.

Un médecin témoigne de son attitude de retenue lorsqu'il n'a pas pu partager son incertitude devant la palpation de la masse suspecte.

Si j'avais dû dire ma pensée réelle : *« Je palpe une masse dans votre abdomen, et elle me paraît très suspecte, et suspecte ça veut dire que c'est peut-être un cancer, et il faudrait vous en occuper vite. Faudrait faire une échographie. »* Dire ça de but en blanc à quelqu'un me paraît difficile. Entretien 7.

e) Donner du temps au temps

La communication de l'incertitude nécessite du temps sur plusieurs aspects. Tout d'abord, il faut choisir le moment pour le faire. Est-ce le bon moment de partager ? Pour le patient ? Pour le médecin ?

Au moment du partage d'incertitude, nous avons mis en évidence plus haut un effet d'annonce chez le patient. Il est important pour les médecins interrogés de prévoir un temps d'accueil de la réaction du patient, comme après l'annonce d'un diagnostic grave. Le médecin peut laisser un temps de silence pour marquer l'importance de ce moment. Le silence marque aussi la compréhension du médecin face à la difficulté que peut éprouver le patient. Enfin le silence laisse le temps au patient de réaliser et de commencer à comprendre ce qui vient de lui être annoncé.

« Quand j'ai un symptôme neurologique et que je lui dis "voilà, il faut aller voir un neurologue assez vite", je ne sais pas, pour une suspicion de sclérose en plaque ou je ne sais pas. Je me rends compte que sans annoncer un diagnostic ce n'est pas une annonce de maladie sévère mais il y a quand même un effet d'annonce, donc il faut aussi euh... faut savoir qu'il faut un peu de temps juste après pour euh... accueillir la réaction. » Entretien 3.

Un des médecins témoigne de sa pratique de laisser un temps de silence après le partage d'incertitude. Ce partage entraîne un effet d'annonce, qui implique du temps pour le patient. Il s'agit d'être prêt à accueillir la réaction du patient et non lui dire « *au revoir monsieur* » directement après, comme le souligne le médecin de l'entretien 2.

Un autre aspect temporel que nous identifions dans les entretiens est la nécessité du temps pour le patient pour comprendre davantage l'incertitude. En ce sens les médecins proposent souvent de revoir le patient lors d'une nouvelle consultation.

Dans l'entretien 4, le médecin poursuit à propos du patient ayant un accident vasculaire cérébral, sur l'importance de revoir le patient pour rediscuter de cette incertitude.

« Et après, je pense que ça ne se fait jamais en une consultation. Ce sont des gens que de toute façon tu vas être amené à revoir donc il faut les reconvoquer, il faut discuter avec eux. Et on ne peut pas tout faire en une consultation. Et c'est sûr, souvent, quand on annonce une

mauvaise nouvelle, c'est à dire : "Eh bien je ne sais pas, je ne sais pas si vous irez mieux ou pas." Dans leur tête il y a quelque chose qui s'arrête. Et on aura beau dire plein de choses après, ils ne l'entendront pas. Et donc du coup, je pense qu'il faut le reconvoquer. En sachant ça, moi je lui avais dit : "Eh bien vous revenez la semaine prochaine, vous notez toutes les questions que vous avez, on en rediscute." » Entretien 4.

L'effet d'annonce d'incertitude soulevé par ce médecin peut entraîner un blocage chez le patient, une réaction de sidération voire de déni. Toute nouvelle information suite au partage d'incertitude peut être donc refoulée dans son inconscient et oubliée par le patient. Cela explique l'importance de rediscuter avec le patient. Ainsi, laisser le temps au patient, par un silence puis un intervalle avant une nouvelle consultation, est aussi en ce sens une forme de tact. Pour un partage de l'incertitude optimal, en l'absence d'urgence, le médecin et le patient doivent se donner du temps, être patient, « *donner du temps au temps* ».

La prise en compte des émotions à travers l'empathie, l'usage de précautions dans les mots, la retenue, montrer son soutien, rester positif et laisser du temps au patient, sont autant d'attitudes qui permettent aussi au médecin de faire preuve de tact dans la communication de l'incertitude.

6. Une démarche d'Evidence Based Medicine

Le médecin qui partage l'incertitude est influencé par différents facteurs vus précédemment : ceux liés au patient, à sa pathologie, au médecin lui-même, aux données de la science, à la loi et à l'éthique médicale. Les médecins interrogés n'ont pas de méthode type pour partager l'incertitude. La méthode est individuelle, subjective, expressive, adaptée à la singularité de chaque patient. Nous sommes ainsi dans une démarche de médecine fondée sur les preuves ou d'Evidence Based Medicine (EBM).

Un médecin évoque cette approche EBM pour le partage d'incertitude : « *L'un des pétales c'est le patient et sa demande, euh... deuxième pétale, données de la science et troisième pétale c'est le médecin mais aussi le vécu du médecin. Et comme le vécu de chacun est différent, la situation idéale, centrale au croisement des trois pétales, sera variable d'un médecin à l'autre.* » Entretien 8.

Le médecin possède une certaine expérience, un vécu personnel également. Le patient est à lui seul aussi une dimension, avec ses attentes, ses craintes, ses émotions, mais aussi son passé médical, son contexte social et psychologique. Le troisième champ est celui des données de la science, de l'éthique et de la loi. Une dernière dimension est celle de l'environnement et du contexte de la consultation. Ainsi, le médecin essaye d'intégrer toutes ces dimensions pour aller au plus juste, et donner l'information la plus adaptée pour ce patient-là. Il s'agit bien d'une approche globale de la personne, pas uniquement centrée sur l'information à délivrer.

Un médecin évoque que le partage de l'incertitude se fait selon les capacités du médecin et en fonction du patient : « *Ça se fait avec le patient. [...] On fait comme on peut.* » Entretien 3.

Parallèlement à la démarche EBM les médecins interrogés raisonnent aussi en terme de rapport bénéfice-risque. Ils mettent dans la balance les bénéfices et les risques, c'est à dire les avantages et les inconvénients liés à la communication de l'incertitude, vus précédemment.

Un médecin évoque la balance bénéfices-risques pour décider de l'information à transmettre au patient en matière d'incertitude : « *Alors là aussi balance bénéfices-risques, moi je pense quand même qu'il y a plus de bénéfices que de risques à montrer cette incertitude, mais en la modulant hein, en l'adaptant au patient, en fonction de... de ce je pense au fond de moi même, qu'il ait comme capacité d'entendre la réalité, triste et dure.* » Entretien 8.

IV. Discussion

L'analyse des données révèle que les médecins généralistes disent partager leurs incertitudes avec les patients. Nos résultats montrent que ce partage est influencé par de nombreux facteurs : la loi, l'éthique, la personnalité du médecin, celle du patient et la pathologie en question. Dans notre étude, il apparaît que le partage de l'incertitude a des impacts variables sur la pratique de l'exercice médical et sur la qualité des soins. Les médecins interrogés sont presque tous partisans du partage de l'incertitude même si leurs convictions sont parfois en contradiction avec leur pratique.

Dans la littérature, les résultats sont souvent contradictoires. Gordon (34) et Seaburn (61) montrent que dans 71% des consultations, les médecins utilisent des expressions d'incertitude, mais n'en sont pas toujours conscients. Cependant, Braddock (62) montre que l'incertitude est clairement exprimée dans seulement 5% des consultations au cours du processus de consentement éclairé, bien que les médecins soient plutôt favorables à ce partage. Dans l'étude de Gerrity (27), 75% des médecins pensent qu'ils devraient partager leur incertitude mais seulement 25 à 75% le font réellement.

1. Le partage de l'incertitude répond à un principe éthique

L'analyse des données montre que les médecins évoquent des principes éthiques pour justifier tant le partage que le non partage de l'incertitude. Ils font référence aux principes de l'éthique médicale de Beauchamp et Childress (56) : le principe d'autonomie, le principe de bienfaisance, le principe de non-malfaisance et le principe de justice. Cependant tous ces principes ne sont pas identifiés dans nos résultats, en particulier le principe de justice. Ces principes entrent parfois en contradiction les uns avec les autres, ce qui peut entraver le partage de l'incertitude. Le respect du principe d'autonomie est mis en avant par les médecins : nos résultats concordent avec ceux de Boyd (63) selon lequel « *les obligations éthiques que les médecins ont envers leurs patients les obligent à raconter à leurs patients des histoires aussi complètes que possible, respectant ainsi la compréhension de leurs patients et la place prépondérante que l'incertitude occupe dans presque toutes les déclarations médicales.* » Cette obligation d'information est liée au respect du principe d'autonomie, issu de la morale de Kant (64), selon lequel pour que les individus soient totalement libres et

autonomes, ils doivent pouvoir utiliser leurs pouvoirs de raison et donc disposer des informations complètes.

Cependant nous pouvons nous demander si une information complète est vraiment éthique. Un patient qui dispose d'une information complète sur les incertitudes telles que des probabilités, des risques de mortalité par exemple, peut ne pas comprendre l'information ou être submergé d'émotions et ne plus être en mesure de prendre une décision éclairée. Est-ce éthique de communiquer au patient une information en cas de très faible probabilité d'évènement indésirable, au risque de l'inquiéter pour rien ? Est-ce éthique de ne rien lui dire ?

Han (11) évoque un problème éthique du partage de l'incertitude. Ces préoccupations éthiques sont liées aux effets à la fois bénéfiques et aux dommages potentiels du partage de l'incertitude. La communication de l'incertitude augmente en théorie l'autonomie du patient en lui permettant de faire un choix éclairé. Seulement dans la pratique, cette information sur l'incertitude est abstraite et difficile à comprendre (65). Elle peut submerger le patient et entraîner de la confusion chez lui par l'angoisse qu'elle génère. Le principe d'autonomie peut donc être en contradiction avec le principe de bienfaisance. L'impact de cette incertitude touche directement au bien-être des patients. Le partage d'incertitude peut modifier la perception des risques et entraîner des jugements pessimistes (50). Ainsi, les patients peuvent être amenés à refuser des interventions bénéfiques, suite à un partage d'incertitude (66,67). L'aversion à l'ambiguïté peut être éthiquement justifiable selon Han (11), car *« la réponse optimale d'une personne à l'incertitude scientifique à propos d'une intervention médicale est de se sentir septique quant à ses avantages, prudent quant à ses préjudices et d'éviter les prises de décision jusqu'à ce que des meilleures preuves soient disponibles »*. De plus, il ajoute que l'aversion à l'ambiguïté n'est pas universelle mais qu'elle varie selon de nombreux critères : les individus, leur tolérance à l'ambiguïté, leurs traits de personnalité, leurs valeurs fondamentales, leurs croyances. Cette variété des sources de l'aversion à l'ambiguïté complique le choix du médecin de partager ou non son incertitude. Il y a donc souvent, lors du partage d'incertitude, des conflits de valeurs éthiques entre donner l'information et ne pas nuire.

2. Cadre législatif et réglementaire : le principe d'autonomie a une traduction dans la loi

Les médecins font indirectement référence à la loi du 4 mars 2002 (57) et au caractère médico-légal de l'information au patient, notamment en cas de manquement à cette obligation. Cette loi stipule que le patient a un droit à une information claire, loyale et appropriée sur son état de santé et qu'elle est un préalable nécessaire au consentement libre et éclairé aux soins. Le partage de l'incertitude est notifié comme un préalable au consentement éclairé : nos résultats concordent avec ceux de Schwab (68), selon lequel « *tout échec de communication de l'incertitude limitera la capacité du patient à faire un jugement éclairé* ». L'information doit être claire, donc énoncée de façon intelligible par le médecin. Elle doit être loyale, signifiant que le médecin a le désir de dire la vérité au patient. Enfin l'information doit être appropriée : appropriée à la situation, au patient, à ses désirs, à sa compréhension. De plus, le patient a besoin de cette information pour participer à la décision avec le médecin. D'après l' Article L III-4 du Code de la santé publique, « *toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé* ». Ainsi, d'après la loi, toute décision doit être partagée entre le médecin et le patient, après information de ce dernier : c'est la décision médicale partagée. Pour préciser la loi, L'HAS (mai 2012) a édité des recommandations sur la manière de partager l'information. L'incertitude n'y est pas clairement évoquée mais l'HAS mentionne la notion de risque, qui est aussi une forme d'incertitude. Elle rappelle que la délivrance de l'information doit se faire avec tact, qu'elle nécessite de prendre le temps, de faire des allers-retours entre ce que le médecin dit et ce que le patient comprend.

3. Incertitude vécue par le médecin

Du côté du médecin, le premier facteur du partage de l'incertitude est lié à sa capacité à reconnaître et à percevoir l'incertitude. Sans cette perception des stimuli d'ignorance, que ce soit la probabilité, l'ambiguïté ou la complexité, il n'y a pas d'incertitude d'après Hillen (12). Pour les médecins interrogés, ce n'est peut-être pas si évident de reconnaître l'incertitude, bien qu'elle soit omniprésente en médecine générale. La capacité de reconnaître l'incertitude est en effet un préalable à son partage comme le soulignent de nombreuses études (27,28,63,69-72). Or, selon Wallis (72), la capacité des médecins à reconnaître et à tolérer

l'incertitude est limitée. L'analyse des résultats de notre étude révèle que la tolérance à l'incertitude des médecins a aussi une influence directe sur le partage de l'incertitude. D'après Gerrity (27), selon leur tolérance à l'incertitude, les médecins présentent deux types de réactions affectives à l'incertitude : une réaction émotionnelle qui est l'anxiété et une réaction comportementale qui est la réticence à divulguer leur incertitude. L'anxiété du médecin liée à l'incertitude nous semble être un frein au partage de l'incertitude. Ces réactions affectives ont été rapportées par les médecins interrogés. D'après Portnoy (73), une meilleure tolérance à l'incertitude des médecins faciliterait le partage de l'incertitude. Or, la tolérance à l'incertitude est limitée chez les médecins d'après Rizzo (74). L'expérience semble aider les médecins à gérer et tolérer l'incertitude. En effet, avec l'expérience, les médecins accumulent des scripts de consultation et utilisent davantage le raisonnement intuitif, notamment le « *gut feelings* » (75), qui leur permet de gérer plus facilement et plus efficacement l'incertitude. Le concept de « *gut feelings* » correspond à une sensation d'alarme et une sensation de réassurance. Les jeunes médecins ont plus de sensation d'alarme que les médecins plus expérimentés. Cette donnée est conforme à l'étude de Bovier (76), où les internes en médecine ressentent plus d'anxiété que les médecins expérimentés. Les médecins plus expérimentés seraient-ils par conséquent plus enclins au partage de l'incertitude ? Dans son étude, Nevalainen (77) constate en effet que les médecins moins expérimentés sont plus réticents à partager leurs incertitudes aux patients. Selon l'étude de Schneider (78), un trait de personnalité du médecin marqué par l'extraversion, l'ouverture d'esprit ou la conscience, est associé avec moins d'anxiété à l'incertitude et à plus de partage de l'incertitude au patient. A contrario, un médecin avec un trait de personnalité neurotique, c'est-à-dire ayant tendance à l'anxiété, la dépression, la colère, la conscience de soi ou la faible estime de soi, est associé à moins de partage de l'incertitude au patient. Notre étude ne permet pas de mettre en évidence l'influence de la personnalité du médecin, ni du sexe du médecin ou celui du patient, sur le partage de l'incertitude. Portnoy (73) met en évidence que les femmes médecins ont une attitude plus paternalistes que les hommes, par leur moindre communication de l'incertitude. Toutefois, ses résultats sont contraires à ceux de la littérature (79–81), où les femmes sont considérées pour communiquer davantage leur incertitude, avoir une communication plus centrée sur le patient et créant plus de partenariat tandis que les hommes ont tendance à être plus paternalistes et donc à moins communiquer leur incertitude.

4. Les caractéristiques des patients influencent le partage de l'incertitude

a) Le niveau de compréhension des patients

De nos entretiens, il ressort que lors d'une consultation les médecins perçoivent que les patients ont des attentes en matière d'information, d'examen ou de traitement. Les médecins essaient de s'enquérir de ces attentes, pour y répondre au mieux, en demandant aux patients quelles informations ils souhaitent savoir. Certains patients ne souhaitent pas entendre ni prendre part aux décisions qui les concernent selon Gravel (82), ce qui est un frein au partage d'incertitude et donc à la décision médicale partagée. L'étude de Gerrity (27) confirme l'importance pour le médecin de connaître les préférences et les valeurs des patients, pour parvenir à un esprit partagé dans le cadre de la gestion de l'incertitude. L'esprit partagé selon Epstein (83) est la situation idéale dans laquelle le médecin et le patient comprennent la situation de santé du patient et sont d'accord sur la meilleure option de traitement. Les médecins interrogés mettent en lumière la difficulté pour les patients, qui s'adressent à un supposé sachant, de se trouver face à un médecin qui ne sait pas. D'après nos résultats, il semble que le partage de l'incertitude est limité par des difficultés de compréhension des patients et au contraire facilité par un plus haut niveau d'éducation du patient. Les difficultés de compréhension du patient peuvent notamment être liées à la barrière de la langue ou à un faible niveau de littératie en santé. La littératie en santé est un concept multidimensionnel qui regroupe des compétences en compréhension, en numératie et en résolution de problèmes. La littératie en santé constitue une variable déterminante de la santé, plus que le niveau socio-économique ou le niveau d'éducation selon Richard et Lussier. La littératie en santé n'est pas directement liée à la pauvreté. L'évaluation de la littératie en santé basée sur le niveau de scolarité n'est pas non plus un indice fiable. Un faible niveau de littératie n'est pas repéré comme tel car la majorité des patients concernés éprouvent un sentiment de honte et ont ainsi tendance à dissimuler leurs difficultés (84). Il est tout de même possible d'évaluer le niveau de littératie du patient grâce à des outils de repérage simples et peu chronophages. Il s'agit du test du « *signe vital le plus récent* » développé par Weiss (85), basé sur l'analyse d'une étiquette nutritionnelle et d'une durée de trois minutes. Il y a aussi le questionnaire à trois questions de Chew (86) ou encore l'évaluation de certains indices, regroupés sous trois catégories : les comportements du patient, ses réactions lorsqu'on lui présente une

documentation écrite et ses réponses aux questions portant sur sa médication (84). Dans l'étude de Portnoy (73), les caractéristiques sociodémographiques des patients ont une influence sur la communication de l'incertitude. Dans l'étude de Gerrity (27) et l'étude de Gordon (34), un plus haut niveau d'éducation du patient est associé à plus d'expression d'incertitude par le médecin. Cette association pourrait être liée à la représentation que les médecins se font de la capacité de compréhension de leurs patients ayant un faible niveau social. Certains médecins peuvent donc avoir des préjugés sur ces patients. Ils sous-estiment leurs désirs d'information et leurs capacités de compréhension, ce qui va influencer et biaiser leur partage de l'incertitude, alors que ces patients auraient d'autant plus besoin que l'incertitude leur soit exprimée et explicitée. Waitzkin (87) a mis en évidence qu'il n'y a pas de différence de désir d'information selon le niveau d'éducation des patients. Selon lui, les médecins perçoivent mal le désir d'information des patients. Selon Fainzang (88), le médecin pense que le patient sait ce qu'il a, ou bien le médecin pense que le patient ne veut pas le savoir, ou encore le médecin estime qu'il ne comprend pas. Il y a donc une anticipation du comportement du patient par le médecin qui est source de malentendus et d'un hiatus de communication : cela peut engendrer des inégalités de prise en charge. Dans la relation médecin-patient, il y a une asymétrie fondamentale, notamment de nature émotionnelle selon Pierron (89–91). Le patient, adressant sa plainte au médecin, choisit de mettre sa confiance en son médecin. L'asymétrie est liée à l'impératif de la confiance. Cette asymétrie se manifeste notamment par un plus grand nombre d'interruptions du discours de la part des médecins que des patients (92), ce qui nuit à la qualité de la communication. Selon Fainzang (88), l'asymétrie de la relation médecin-patient est accentuée par la différence sociale entre le médecin et le patient. Cette asymétrie est aussi liée à l'utilisation du jargon médical, inconnu de l'autre, et au maniement de la langue qui diffère selon les catégories sociales. Ainsi, Fainzang met en évidence que les médecins font plus de mensonges aux patients de classes populaires et donnent plus d'informations aux patients de classes supérieures. Le choix par le médecin d'informer ou non le patient repose donc, selon elle, sur une construction sociale. Les patients des catégories sociales moins aisées ont d'avantage un rapport de soumission à l'autorité médicale, ils ne se permettent donc pas de franchir la barrière sociale et osent moins poser de questions au médecin. Selon l'étude de Martin (93), il y a une variation importante du contenu de la consultation en terme de communication, du temps passé à expliquer et à écouter, qui augmente avec la hiérarchie sociale du patient. Cette variation est perçue de la même manière par les médecins et les patients. Dans son étude sur la Couverture Mutuelle

Universelle, Despres (94) révèle que l'attribution d'une catégorie sociale défavorable au patient est source de préjugés de la part des médecins, de discriminations, de moins d'écoute et de disponibilité ou alors au contraire de plus de temps pour plus expliquer. L'étude de Reyna (65,95) fait le constat que les personnes ayant un faible niveau de numératie manquent de compétences pour prendre des décisions médicales éclairées et que cela entrave la communication de l'incertitude. Mais selon lui, il s'agirait d'avantage d'un effet lié à la limitation des efforts de la part des médecins pour les patients en situation de vulnérabilité, du fait de préjugés concernant leur capacité de compréhension ou leur désir de savoir. Un faible niveau de littératie en santé doit alerter le médecin et le faire redoubler d'effort pour mieux communiquer son incertitude. En effet, selon Williams (96), il ne suffit pas de s'exprimer clairement et avec exactitude pour que le patient comprenne : les patients ayant un faible niveau de littératie n'abordent pas la communication avec les professionnels de la santé de la même façon que les patients ayant un niveau de littératie adéquat. Selon Richard et Lussier (84), il est important de repérer les patients ayant un faible niveau de littératie en santé pour adopter une approche communicationnelle adaptée à ces patients. L'approche communicationnelle adaptée à un faible niveau de littératie (84) consiste à adopter certaines habiletés communicationnelles : articuler clairement, laisser des moments de silence, utiliser des mots simples et d'usage courant, utiliser des phrases grammaticales simples, annoncer au patient le sujet abordé, fournir la quantité et le type d'information adéquat, aider le patient à retenir et à comprendre l'information en organisant l'information, demander au patient de résumer dans ses mots ce qu'il a compris et corriger au besoin et répéter les explications.

Les médecins sont formés pour rechercher la certitude et peu de cours, pendant la formation des médecins, sont réservés à l'enseignement de la gestion de l'incertitude, pourtant omniprésente en médecine générale. La communication de l'incertitude du médecin envers son patient est une étape clé dans la gestion de l'incertitude. Or, le partage d'incertitude est une tâche difficile selon la littérature (27,72,73,97). La communication entre le médecin et le patient fait l'objet de plusieurs difficultés, notamment une difficulté de compréhension. Circourel (98) parle de communication contrariée pour caractériser la grande difficulté des médecins et des patients à communiquer. Selon lui, « *les langages adoptés d'un côté comme de l'autre sont révélateurs non seulement des différences de statut qui caractérisent telle ou telle stratification sociale, mais également des codes (ou registre linguistique) qui différencient les connaissances de base des participants, les croyances liées à la maladie et à*

ses causes ». Les médecins ont l'impression de faire des efforts pour informer au mieux les patients alors qu'eux ont l'impression que les médecins ne leur donnent pas assez d'information. Dans son ouvrage, Fainzang (88) appelle « *décalage cognitif* » le fait que les préoccupations des patients sont mal comprises par les médecins et qu'ils donnent des réponses inappropriées. Une autre difficulté vient du fait que les mots et expressions utilisés peuvent être porteurs d'un sens différent pour le médecin et le patient : Balint (99) appelle cela la « *confusion des langues* ». Selon lui, il est important pour le médecin de savoir à tout moment où en est le patient, pour prévenir la confusion des langues. La communication non verbale prend ici son importance. Il peut donc y avoir une mauvaise interprétation des risques par les patients : c'est le cas par exemple pour l'interprétation de valeurs quantitatives en cas de faible numération ou pour des valeurs qualitatives comme « probable » ou « peut-être », qui peuvent être interprétées de différentes façons par les patients. Les probabilités utilisées par les médecins ne sont pas forcément fiables et posent, selon Han (11,100), un problème conceptuel du partage de l'incertitude. Ce problème est lié, d'après lui, à la difficulté « *d'appliquer des estimations de probabilité objectives au domaine des événements individuels vécus par des patients individuels* ». Ces probabilités sont issues des fréquences des résultats du passé dans une population d'individus. Elles sont utilisées pour faire des estimations d'évènements futurs dans une population similaire. Ces estimations de probabilités deviennent incohérentes lorsqu'elles sont utilisées pour la prévision d'un évènement à l'échelle individuelle car les personnes n'ont qu'une seule vie à vivre. Ainsi, les patients simplifient souvent l'information probabiliste en deux catégories : « *je vais être malade* » ou « *je ne vais pas être malade* » (101). Selon Politi (71), les médecins essaient d'adapter les informations aux risques individuels dans le but d'augmenter la pertinence de l'information. Or, plus l'information est personnalisée, plus l'incertitude liée à la prédiction des risques est grande. Pour Politi (71), le problème conceptuel du partage de l'incertitude vient de la difficulté à savoir quel type d'incertitude le médecin doit communiquer au patient. Politi soulève aussi la question de savoir s'il existe un niveau d'incertitude acceptable. En terme de risque, il n'existe pas de niveau de risque acceptable universellement d'après Vlek (102) ; il est par nature spécifique à la situation et son acceptation dépend de nombreux facteurs. Le risque acceptable selon Fischhoff (103) est le risque associé à l'option la plus acceptable dans une décision particulière.

b) La tolérance des patients à l'incertitude

Les médecins interrogés rapportent que la tolérance à l'incertitude des patients a une influence sur le partage de l'incertitude. Les médecins interrogés qui perçoivent un trait de personnalité anxieux ou de l'anxiété liée à l'incertitude chez le patient sont plus réticents à divulguer leur incertitude. Cette caractéristique est aussi mise en avant dans l'étude de Portnoy (73), où la perception des médecins de l'aversion à l'ambiguïté des patients influence le partage de l'incertitude. Portnoy montre que la perception des médecins de l'aversion à l'ambiguïté des patients peut amener les médecins à adopter une attitude paternaliste, à renoncer à communiquer l'incertitude et à renoncer à impliquer le patient dans la prise de décision. Portnoy souligne que cette perception peut être contre-productive et accroître l'incertitude des patients. Ceci peut être le cas si les médecins surestiment l'aversion à l'ambiguïté des patients, par exemple en projetant leur propre aversion à l'ambiguïté sur les patients ou en ayant une perception erronée de cette aversion. Pour éviter ce phénomène, il s'agit, pour les médecins qui souhaitent communiquer leur incertitude, de proposer des stratégies pour améliorer la compréhension et la tolérance à l'ambiguïté des patients, plutôt que d'essayer d'augmenter la précision de leurs perceptions de l'aversion à l'ambiguïté des patients (44,73,104).

Les médecins interrogés sont unanimes pour dire qu'il faut partager l'incertitude, que c'est un enjeu très important pour la qualité des soins, mais pourtant tous ne le font pas. En effet, les médecins ne sont pas neutres face à ce partage d'incertitude au vu des avantages potentiels mais aussi des risques potentiels. Ainsi, certains médecins hésitent ou renoncent à divulguer leur incertitude pour de nombreuses raisons énumérées ci-dessous. Tout d'abord les médecins hésitent à partager leur incertitude du fait des inconvénients potentiels. Les résultats de notre étude mettent en exergue des risques pour le patient décrits par les médecins : la génération d'une anxiété pouvant nuire au patient, l'insatisfaction du patient et le risque de transférer toute la responsabilité de la décision au patient. Il semble y avoir aussi des risques pour la relation médecin-patient, en terme de perte de confiance du patient en son médecin et par conséquent un risque de nomadisme médical. Nos résultats concordent en de nombreux points avec ceux de la littérature, en terme d'inconvénients du partage de l'incertitude.

Un médecin qui communique son incertitude au patient, présente les options possibles pour la démarche diagnostique par exemple. Le risque est de laisser le patient choisir seul entre ces options. Ainsi, le poids de la décision repose là uniquement sur le patient, ce qui est

dangereux pour lui. Le risque est donc la déresponsabilisation du médecin. Dans ce cas, nous ne sommes pas en situation de décision médicale partagée mais de décision unilatérale par un patient inexpérimenté, certes informé de l'incertitude de son diagnostic ou de son traitement mais ni formé, ni averti. L'exemple du patient qui doit choisir seul le traitement de son cancer de la prostate est évocateur. Son autonomie est respectée par l'information qu'il a reçue. Mais son autonomie pour prendre la décision est-elle suffisante ? Dans cet exemple, une analyse du versant positif met en évidence un partage de l'incertitude et un respect des préférences du patient. Cependant, une analyse du versant négatif révèle que le patient vit difficilement le choix du traitement car il n'a probablement pas assez d'éléments pour le faire de manière éclairée, bien qu'ayant été informé. Le risque est aussi d'obtenir un consentement qui n'est pas véritablement éclairé. Il convient, selon Corso (105), de dire au patient que le médecin ne sait pas quelle est la bonne réponse, mais aussi d'expliquer l'incertitude pour ne pas se déresponsabiliser. Par exemple pour le dépistage du cancer de la prostate, le médecin peut expliquer l'incertitude par les risques importants et les avantages incertains. Cependant, l'étude de Johnson (48) a mis en lumière une corrélation entre partage d'incertitude et insatisfaction des patients. Selon Politi (14), l'incertitude peut affecter les médecins et les patients, induire une préoccupation excessive à propos de mauvais résultats d'examens, voire les submerger et empêcher une prise de décision vraiment éclairée. De plus, d'après Reyna (65), l'information chargée d'incertitude est abstraite, complexe et difficile à comprendre, surtout pour les patients ayant une faible littératie en santé. La surabondance d'informations ne facilite pas nécessairement la décision en connaissance de cause d'après Peters (106), elle peut même empêcher cette prise de décision. Selon Mazur (107), la divulgation complète des avantages et des incertitudes d'un traitement peut dépasser la capacité du patient à traiter l'information et l'empêcher d'utiliser efficacement ces informations. Pour Han (11), il y a des limites psychologiques à la quantité d'informations que les patients peuvent traiter et des limites pratiques en termes de temps et de ressources pour bien traiter ces informations. Ainsi, ces limites peuvent entraîner la surcharge d'informations chez le patient voire la confusion. La communication de l'incertitude peut donc avoir des résultats négatifs liés à la confusion par surcharge d'informations, sans compter l'aversion à l'ambiguïté, pouvant mener à une perte d'autonomie et une perturbation de la prise de décision. Les gens préfèrent en général éviter l'ambiguïté, mais lorsqu'ils y sont confrontés, notamment à des informations sur les risques, ils ont tendance à les interpréter avec pessimisme et à éviter de prendre des décisions (108,109) : c'est l'aversion à l'ambiguïté, qui est une forme d'intolérance à l'incertitude.

L'aversion à l'ambiguïté est très variable d'une personne à l'autre mais aussi selon son mode de présentation par le médecin, verbalement ou numériquement (110). Les réactions cognitives, émotionnelles et comportementales des patients à l'incertitude sont incertaines et variables selon les valeurs, les préférences des patients, leurs traits de personnalité ou encore leur mode de traitement cognitif (71). Selon Johnson (111), face à une incertitude sur une estimation d'un risque de pathologie, le patient peut se percevoir à un risque plus élevé et avoir une plus grande méfiance vis à vis de l'information. Des études ont montré que le partage de l'incertitude sur les risques pour la santé et sur les recommandations de prévention entraînent une diminution des comportements de prévention (66,67). Certains patients peuvent, en réponse à l'incertitude, se mettre à rechercher activement des informations ou au contraire, à éviter les informations (71). Parascandola (101) montre dans son étude que l'incertitude est source de stress pour le patient. Selon la théorie du stress et de l'adaptation développée par Lazarus et Folkmann (112), un patient face à un facteur de stress tel qu'une incertitude, interprète la signification de ce facteur en faisant le lien avec son expérience puis il évalue ses ressources et sa capacité à lutter contre ce facteur. Une interprétation négative de l'incertitude peut, en conséquence, générer de la peur, de l'anxiété et le désir de diminuer l'incertitude. D'après Brashers (104), ces réactions émotionnelles négatives peuvent entraîner un état de vigilance accru à propos de la maladie et de ce fait augmenter l'anxiété liée à la maladie. Il ressort de l'analyse de nos résultats que l'incertitude peut entraîner de l'anxiété chez les patients mais aussi chez les médecins, comme vu précédemment. Les médecins qui craignent que l'incertitude les décrédibilisent ou entraînent la perte de confiance des patients, peuvent être plus réticents à partager leur incertitude (27,34,43). L'incertitude n'a pas uniquement des conséquences émotionnelles négatives. Certaines personnes peuvent ressentir de l'espoir et de l'optimisme.

5. Intérêt du partage de l'incertitude sur la qualité des soins

L'analyse des résultats met en avant de nombreuses conséquences du partage de l'incertitude, à la fois positives et négatives, variables d'une situation à l'autre, d'un patient à l'autre et d'un médecin à l'autre. En terme d'impact sur la confiance et la satisfaction, les résultats ne sont pas unanimes dans notre étude comme dans la littérature. De nombreuses études ont mis en avant les conséquences positives du partage d'incertitude comme celle de Gordon (34), qui met en évidence une association entre les expressions d'incertitude par les médecins et la

satisfaction des patients. Dans son étude, Braddock (37) affirme que le partage d'incertitude, qui promeut l'autonomie du patient, fournit des informations essentielles pour les décisions finales et permet un consentement éclairé. Selon Buetow (40), les médecins doivent « *cultiver l'incertitude comme une vertu [...] elle est naturelle, elle favorise la créativité, une attitude critique, la sagesse, elle nourrit la sécurité, soutient l'espoir et protège contre l'excès.* » Les médecins de notre étude évoquent une amélioration de la relation patient-médecin grâce à ce partage d'incertitude. Le partage d'incertitude de la part du médecin permet la création d'un partenariat entre médecin et patient et il est un préalable à une décision médicale partagée. À travers le partage d'incertitude, l'asymétrie des savoirs entre le médecin et le patient se rééquilibre partiellement. L'interaction entre les deux parties est alimentée par ce partage. Le dialogue se noue entre eux. Le patient informé peut davantage être acteur de sa prise en charge : il devient un réel partenaire. Il peut alors aussi prendre part aux décisions avec le médecin, ce qui est un des droits du patient issus de la loi du 4 mars 2002. Le patient qui vient voir son médecin avec sa plainte voit son autonomie diminuée par cette plainte. Il est en quelque sorte dans une position de faiblesse, de vulnérabilité. En effet, bien qu'informé de façon éclairée, il n'est pas en situation d'autonomie complète pour prendre seul des décisions. Le médecin reste engagé et responsable pour prendre des décisions avec le patient. En ce sens le partage de l'incertitude est une condition préalable à la prise de décision médicale. Nous sommes loin du modèle paternaliste infantilisant le patient, où le médecin prend les décisions pour le patient, agissant « *en bon père de famille* » (expression patriarcale révolue sur le plan juridique).

La communication de l'incertitude permet de construire une relation coopérative et de confiance pour Gutheil (113). Cette communication est essentielle pour la prise de décision partagée d'après Elwyn (114) et Portnoy (73). Pour Henry (35), « *la divulgation de l'incertitude permet de faire évoluer la relation médecin-patient à un plus haut niveau de compréhension et de satisfaction pour les deux parties* ». Selon Seely (49), en reconnaissant l'incertitude dans les soins aux patients, la relation médecin-patient peut être élevée à une plus grande communication et une prise de décision partagée. Selon Ghosh (115), le fait de ne pas reconnaître l'incertitude pourrait induire le patient en erreur dans le processus de consentement éclairé et être source de faute professionnelle. L'analyse des représentations des médecins interrogés révèle que le partage d'incertitude améliore l'efficacité thérapeutique, la qualité des soins et l'observance du patient, en lien avec l'amélioration de la compréhension

de la démarche du médecin. Ces éléments sont concordants avec l'étude de Segal (116), où la communication de l'incertitude joue un rôle déterminant dans l'amélioration de la précision du diagnostic, dans l'observance croissante des schémas thérapeutiques, dans le renforcement de la satisfaction du médecin et du patient et dans la réduction du risque. L'amélioration de l'efficacité thérapeutique est aussi mise en évidence dans l'étude de Tati Seale et col. (117).

6. Comment partager l'incertitude ?

La communication prend une place particulière dans cette question. D'après les médecins interrogés, l'habileté et la manière de raconter l'histoire médicale et de la partager avec le patient sont aussi importantes que le partage lui-même. Johnson (48), Parascandola (101) et Politi (71) ont montré que c'est la façon dont les médecins gèrent et présentent l'incertitude qui influe sur la satisfaction. Il y a, selon Han, un problème méthodologique (11) du partage de l'incertitude, car aucune méthode type n'existe pour représenter, communiquer et faciliter la compréhension de l'incertitude. En effet, le caractère aléatoire des événements est représenté théoriquement mais uniquement implicitement par les estimations de probabilités (100). Pour Politi (71), la meilleure méthode du partage de l'incertitude dépend de la tâche à accomplir par le patient et du type d'incertitude. Selon Komesaroff (118), il y a plusieurs modalités de communication de l'incertitude dans un contexte complexe tel qu'une situation d'incertitude mais il n'y a pas de règle herméneutique ni d'algorithme adapté.

Les médecins doivent donner la bonne quantité d'information, le bon type d'information, au bon moment et à un patient donné, ce qui est difficile selon Politi (119) et Han (11). Pour ce faire, il doivent disposer de certaines compétences en communication génériques et d'autres spécifiques à l'incertitudes et aux risques.

a) Compétences en communication

Les compétences en communication sont fondamentales pour la qualité des soins. Une riche littérature en témoigne (38,74,120). Selon Richard et Luissier (84,120), la communication professionnelle en médecine est une communication interpersonnelle et a pour but l'échange d'informations et le développement d'une relation. Selon Street (121), une communication interpersonnelle réussie « *suppose une coopération, repose sur une maîtrise d'un répertoire de comportements communicationnels, la capacité d'adaptation aux différents interlocuteurs*

et aux contextes communicationnels et la capacité d'atteindre ses buts professionnels et relationnels d'une manière compatible avec les buts et besoins du patient ou de tout autre interlocuteur rencontré dans l'exercice de ses fonctions. » Pour échanger de l'information efficacement avec les patients, le médecin doit avoir certaines capacités (120) : comprendre les expressions verbales et paralinguistiques, le langage non verbal, utiliser une information valide et prenant en compte le contexte du patient, son niveau de littératie, vérifier sa compréhension. Il s'agit aussi d'établir une relation dans un cadre thérapeutique adapté grâce à d'autres capacités : manifester de la courtoisie, du respect pour le patient, pour ses convictions, être attentif à ses émotions, préserver sa dignité, créer une relation chaleureuse basée sur la confiance et l'éthique.

L'entrevue médicale peut être structurée de façon à optimiser la communication, notamment selon la grille de Calgary-Cambridge (84,122), qui a fait ses preuves en soins primaires. C'est une approche intégrant les principes de la relation centrée sur le patient. Certaines habiletés communicationnelles (120) sont fondamentales pour la qualité de l'échange : *« poser des questions ouvertes ou fermées de façon judicieuses, écouter attentivement, interrompre avec tact l'interlocuteur si nécessaire, identifier les indices verbaux et non verbaux émis par l'interlocuteur et y répondre, faire des résumés périodiquement, annoncer les transitions, utiliser le reflet et l'empathie de façon judicieuse, vérifier sa propre compréhension des faits, des représentations et des perceptions rapportées, vérifier la compréhension du patient ou de ses proches au sujet du problème, de l'investigation ou du traitement ».*

b) Stratégie de communication des risques

Au sujet de la communication de l'incertitude et notamment des risques, il y a des compétences spécifiques à avoir. Selon Politi (71), il est difficile de privilégier une présentation verbale, numérique ou graphique. L'expression verbale peut entraîner une interprétation variable selon le locuteur et le récepteur. L'expression numérique est plus précise mais il y a différentes façons de la présenter entre risque relatif, risque absolu, ce qui rend la compréhension difficile même pour des experts, selon lui. Than (123) a proposé deux techniques pour présenter des risques au patient. Il convient selon lui d'avertir préalablement les patients puis d'utiliser des fréquences naturelles pour décrire les risques. La présentation des risques par des probabilités simples en valeur absolue est aussi suggérée par Tucker (124) ainsi que Richard et Lussier (84). Selon ces derniers, les médecins devraient accompagner les

fréquences absolues d'énoncés précis. Ils devraient aussi présenter des cadres d'interprétation négatifs et positifs, donc dans les deux sens, pour en améliorer la compréhension, et enfin utiliser un support graphique. L'utilisation de risques relatifs peut être trompeur selon eux. Il faut comparer des probabilités absolues en utilisant le même dénominateur et stratifier le risque selon le degré de gravité et d'urgence. Selon Navar (125), la compréhension des estimations numériques est affectée par la présentation de l'information. Les médecins doivent avoir conscience de la façon de présenter l'information (38). Ils doivent, selon Alam (126), décider du niveau de détail à communiquer. Lors de l'expression de probabilité par le médecin, l'interprétation de la probabilité par le patient est d'autant plus élevée que l'état est grave : il s'agit d'un biais de gravité décrit par Bonnefon (127). Ce biais peut être préjudiciable au patient et avoir des conséquences pour son bien-être car il peut être amené à faire de mauvais choix suite à une mauvaise compréhension. Ce biais peut aussi être préjudiciable à la relation médecin-patient car il peut être source de frustration pour les deux parties. Par ailleurs, il peut y avoir une interprétation erronée de certains modalisateurs comme « possible », ce qui peut entraîner de mauvaises déductions. Il y a, selon Edwards (128), un risque éthique de manipulation des décisions ou des comportements de patients lors de la communication des risques (128). Ainsi, selon Bonnefon (127) et Edwards (128), le médecin est incité à éviter les imprécisions lors de l'information sur les risques, puis à explorer la signification pour le patient, pour éviter un décalage dans la communication. Cette approche permet d'augmenter la participation en vue d'une décision médicale partagée.

c) Expression directe et indirecte de l'incertitude

Les médecins interrogés utilisent la modalité épistémique pour exprimer leur incertitude. C'est une expression indirecte de l'incertitude. La modalité est, par définition, l'ensemble des faits linguistiques traduisant l'attitude du sujet parlant par rapport à ce qu'il énonce (129). Selon Babrow (44), l'utilisation d'adverbes épistémiques donnent une idée de l'engagement personnel du locuteur par rapport à l'information : c'est l'expression de sa subjectivité. La modalité épistémique est la modalité de la connaissance. Elle attribue à une proposition une valeur de vérité. La modalité problématique est la modalité des degrés de probabilité. La notion de probabilité clinique pour communiquer l'incertitude est traduite par l'usage des termes « *probable* », « *probabilité* », avec éventuellement des chiffres sur une prévision des risques en pourcentage. Les médecins s'adaptent à la probabilité clinique de la maladie en

question : il ne s'agit pas de dire tous les diagnostics probables mais les plus probables sans aller dans les très rares. Les médecins interrogés ne partagent pas forcément aux patients si cette probabilité est très faible. En plus du terme « *probable* », ils font usage d'autres adverbes modificateurs ou d'adverbes d'opinion : « *peut-être* », « *certainement* », « *sûrement* ». Ils utilisent aussi la préposition « *selon* ». Les médecins interrogés utilisent du vocabulaire pour pondérer les mots, à propos de la gravité sous-jacente. Gordon (34) a identifié chez les médecins l'utilisation de modificateurs d'information ou de probabilité imprécis tels que des approximateurs et des énoncés de probabilité qualitatifs. Les expressions indirectes de l'incertitude sont plus subtiles et souvent mieux perçues par les patients que les expressions explicites, comme le souligne Bhise (36) dans son étude des effets de la communication de l'incertitude sur une population de parents d'enfants malades.

Les médecins expriment aussi directement leur incertitude, de façon plus explicite et ouverte, en employant pour la plupart la phrase « *je ne sais pas* » au patient, qui exprime un manque de connaissance. Ils utilisent aussi l'expression « *je ne suis pas sûr* », qui exprime le manque de certitude. L'expression directe et explicite d'incertitude est une communication honnête qui est une nécessité selon Politi et Street (38) mais elle entraîne une moins bonne tolérance (130,131). Pour Gordon (34), cette expression est sans ambiguïté. Les médecins interrogés utilisent aussi des verbes de jugement comme les verbes « *penser* » et « *estimer* ». Ils permettent d'adoucir les propos, de nuancer l'incertitude. Les médecins expriment souvent leurs pensées et leur ressenti en disant « *je pense* », ce qui marque leur avis personnel et non une vérité absolue. C'est aussi une marque d'incertitude, puisqu'un autre médecin ne pense peut-être pas la même chose. Selon Bhise (36), les médecins peuvent combiner différentes stratégies, à la fois explicite et implicite pour communiquer leur incertitude. Il convient pour le médecin d'éviter d'être laconique : Ghosh (115) montre dans son étude que le nombre de termes d'incertitude utilisés est corrélé avec une augmentation de la satisfaction des patients.

d) Démarche d'amélioration de la tolérance à l'incertitude

(1) La communication centrée sur le patient – une adaptation à l'individu

Les médecins interrogés ont évoqué la nécessité d'adapter leur discours au patient, à sa personnalité, sa culture, sa capacité de compréhension et ses désirs en matière d'information. C'est une adaptation à chaque personne, mais aussi à chaque moment, chaque consultation. Nos résultats concordent avec la littérature sur le plan de l'adaptation du médecin au patient. Le médecin doit demander au patient quels sont ses besoins, ses préoccupations, s'il désire recevoir des informations sur les risques, s'il désire participer à la prise de décision et ne pas le forcer en cas de refus, d'après plusieurs auteurs (61,101,131–134). Ainsi, en tentant d'explorer le contexte du patient, sa compréhension et ses croyances, le récit du médecin répond au mieux aux besoins du patient, ce qui revigore la relation et améliore les soins, selon Boyd (63). Selon Kreuter (135), il s'agit d'adapter le type et la quantité d'information en fonction des caractéristiques du patient telles que le sexe, la culture, l'éducation ou des comportements liés à la capacité à utiliser les informations. Selon lui, une adaptation de l'information en fonction des risques individuels de maladies permet d'améliorer le changement de comportement du patient. Pour Kreuter (135) et Politi (71), il est important que le médecin comprenne les conséquences potentielles de la communication de l'incertitude car il y a une grande complexité des réponses cognitives, émotionnelles et comportementales des patients à l'incertitude. L'adaptation consiste, selon Han (50), en une subjectivisation de la probabilité objective. Elle se fait par un échange interactif et dynamique en fonction des données disponibles et des valeurs personnelles. Ce dialogue facilite la construction de la confiance.

Une approche de l'adaptation au patient peut se faire grâce à la communication centrée sur le patient, qui concentre certains principes évoqués précédemment. La communication centrée sur le patient, selon Epstein (136) et Politi et Street (38), implique des actions du côté du médecin et du patient. Du côté du médecin elle implique : des efforts pour obtenir, comprendre et valider la perspective du patient, d'impliquer le patient dans les soins et les prises de décisions selon son souhait, de donner des explications claires et compréhensibles et de favoriser une relation de confiance et d'engagement mutuel. Du côté du patient, elle implique essentiellement une participation active de sa part. Au sujet de l'implication du patient dans les soins, de nombreux auteurs soulignent l'importance de motiver les patients à

participer à la prise de décision médicale, de créer un partenariat avec eux, de travailler en coopération (19,34,38,48,71,101,137–139). Or, pour impliquer les patients et arriver à une décision médicale partagée, il est essentiel de partager les incertitudes selon Henry (35), Gordon (34) et Alam (126), quelle que soit la difficulté perçue par le médecin. Makoul (140) et Moumjid (141) ont défini un idéal de la décision médicale partagée. Selon la HAS (142), la décision médicale partagée consiste à donner au patient les moyens de s'impliquer dans les décisions qui concernent sa santé. Il s'agit d'une forme « d'empowerment », qui est une approche de la participation intégrant les notions d'autonomisation, d'émancipation et de justice sociale (143). Une discussion sur la tolérance du patient à l'incertitude s'avère utile pour améliorer cette décision médicale partagée, d'après Schapira (144). La prise de décision médicale, selon Politi et Street (38), est un processus communicatif défini par la relation et les interactions entre le clinicien et le patient. Pour Gulbrandsen (145), la qualité de la décision médicale partagée appelle à une plus grande attention, de la part des médecins, sur les dimensions affectives et relationnelles qu'elle implique. La communication centrée sur le patient est une voie pour aboutir à une décision médicale de qualité, dont les critères ont été définis par Street (139) et Politi (38) : l'utilisation des meilleures données cliniques, l'intégration des valeurs et des préférences du patient, l'implication du patient dans le processus décisionnel selon son désir, l'accord des deux parties et une décision réalisable. Kornelsen (97) précise l'importance de la relation de confiance entre le médecin et son patient. La communication centrée sur le patient permet de parvenir à un esprit partagé (38) à travers la communication active des valeurs et des préférences du patient et l'établissement d'objectifs collaboratifs. Elle nécessite des efforts pour parvenir à un accord mais a de nombreux fruits, détaillés ci-après et décrits par Epstein (136) dans son étude sur les patients atteints de cancer. La communication centrée sur le patient favorise une relation de guérison entre le patient et son médecin en renforçant la relation de confiance. Elle permet d'échanger des informations cliniques et de comprendre les représentations de ces informations par le patient. Elle permet de répondre aux besoins émotionnels des patients, de les aider à augmenter leur tolérance à l'incertitude. Elle permet d'impliquer les patients dans le processus de décision et permet l'autogestion du patient en soutenant l'autonomie et en fournissant des ressources adaptées. Selon Levison (147), la communication centrée sur le patient a aussi un impact positif sur la satisfaction du patient et sur son observance du traitement.

(2) Empathie et tact – outils de communication

Le tact, l'empathie et le désir de montrer son soutien au patient lors du partage d'incertitude sont des outils que les médecins interrogés disent utiliser dans leur pratique, ce qui est en accord avec la littérature. L'empathie rapportée par les médecins permet aux patients de se sentir écoutés, d'exister et de mieux tolérer l'incertitude. Selon Han (50), la tâche ultime la plus difficile dans la gestion de l'incertitude est d'aider chaque partie à faire face à l'incertitude. Les médecins disposent de nombreux moyens pour améliorer la tolérance à l'incertitude des patients. Il convient de donner au patient des sources d'informations fiables (35,148). Pour Thomson (149), il est important que le médecin souligne son intérêt pour le problème du patient, qu'il le légitime. De nombreux auteurs soulignent l'importance de fournir un soutien émotionnel aux patients, à travers une démarche empathique (14,50,61,101,134). L'empathie, selon Freud (150), est un processus d'identification des émotions de l'autre, un mouvement affectif de rapprochement et d'atténuation des différents entre les personnes. Selon Ferenczi (151), l'empathie ou « *Einfühlung* » correspond à l'entrée en contact avec la réalité psychique du sujet : elle consiste à se mettre à la place de l'autre et à percevoir ce qu'il ressent mais sans le ressentir. L'empathie nous informe sur ce que notre Moi ne permet pas de percevoir. Se montrer empathique c'est être capable, selon Kelm (152), de partager et comprendre l'état émotionnel de son patient et de lui restituer cette compréhension. L'empathie clinique définie par Stepien (153) inclut quatre dimensions intégrées à la pratique clinique. La dimension émotionnelle traduit la capacité d'imaginer les émotions du patient. La dimension morale traduit la motivation interne du médecin à faire preuve d'empathie. La dimension cognitive traduit la capacité intellectuelle d'identifier et de comprendre les émotions du patient. Enfin, la dimension comportementale traduit la capacité de transmettre la compréhension de ces émotions au patient. L'empathie, selon Kornelsen (146), est la clé de toute rencontre clinique efficace. Pour Van Osch (154), l'empathie est de la plus haute importance, elle est indispensable et a une valeur thérapeutique. Van Osch montre que la communication affective a un effet considéré comme placebo agissant sur deux voies distinctes. D'un côté, elle permet la diminution du niveau d'anxiété et de détresse du patient, l'augmentation de la satisfaction, elle procure un sentiment de soutien et de compassion et améliore l'humeur et l'observance des patients ainsi que la capacité de rappel des informations communiquées. D'un autre côté, la communication affective permet de renforcer l'auto-efficacité, c'est-à-dire l'efficacité personnelle et a des effets sur les résultats attendus. La communication affective est une communication positive, orientée sur l'affect, le

médecin étant dans une disposition émotionnellement favorable, chaleureuse, empathique et rassurante, qui vise à traiter les émotions des patients et établir une bonne relation. À propos des émotions, Babrow (44) suggère de clarifier le type d'incertitude qui inquiète le plus les patients et d'être disponible pour en expliquer la complexité. Les bienfaits de l'empathie pour la qualité de la relation et des soins sont mis largement en avant dans la littérature, mais l'empathie peut aussi conduire à l'épuisement émotionnel du soignant, comme le souligne Lemogne (155). Pour Hewson (148) et Henry (35), il est important que le médecin reste ouvert, compréhensif et sincère. Un autre moyen d'aider le patient à tolérer l'incertitude est la création d'une relation thérapeutique soutenue et mutuellement respectueuse. Cette relation est, selon Kornelsen (146) et Schneider (78), le locus de guérison, elle est primordiale. Elle nécessite à la fois de l'empathie, une communication efficace, une écoute active et attentive, une intimité, une acceptation commune de l'incertitude et un engagement de la part des professionnels de santé (139,144,146). Grâce à une relation médecin-malade de qualité, le médecin peut avoir un véritable effet thérapeutique que Balint (99) nomme « *le remède médecin* ». Cet effet médecin a trois composantes qui vont aider le patient à mieux tolérer l'incertitude : rassurer, conseiller et expliquer. Pour Schneider (78), il y a trois valeurs fondamentales chez les professionnels de santé modernes : l'importance d'une bonne relation médecin-patient, une approche biopsychosociale holistique développée par Engel (156), également prônée par Wübken (137) et un socle de compétences pour une communication optimale et efficace.

Les médecins interrogés rapportent qu'ils essayent de faire preuve de tact dans leur pratique médicale. Weber (157) considère la pratique médicale comme une *technê*, « *modèle original d'une articulation entre le savoir et la pratique, où celle-ci n'est pas seulement l'application de celui-là mais sa condition même* » (Lombard). Selon lui, la *technê* s'acquiert par la pratique car chaque patient est différent. C'est un art pratique qui nécessite une certaine habileté. Pour Weber (157), « *la technê est une opération pratique qui témoigne d'un savoir-faire spécifique ajusté à l'objet dont on prend soin.* » L'éthique est la sagesse de cet art pratique. Weber nomme tact, l'expression de cette éthique. Le tact est, selon le dictionnaire du centre national de ressources textuelles et lexicales (158), le sens du toucher. C'est aussi, dans une autre signification, une appréciation intuitive, fine, mesurée et sûre en matière de convenances, de goûts, d'usages, un toucher délicat. C'est encore une attitude de retenue ou de finesse. Selon Weber (157), le tact est aussi « *le bon moment du geste, de la parole, du*

jugement rapide mais sûr, [...] une habileté technique ». Pour Certeau (159), le tact est un savoir-faire entre la pratique et la théorie, qui implique une esthétisation du savoir. Lors du partage d'information au patient, avoir du tact signifie mettre en forme les mots mais aussi y mettre les formes. Pour Giacommini et Weber (160), informer le patient nécessite un « savoir-y-faire », une tactique : c'est un art. Il y a différentes façons de faire preuve de tact. Selon Kennedy (131) et Samuelson (19), il s'agit d'avoir une pratique réfléchie, prudente et délicate. Eviter d'être trop brutal par exemple, c'est à dire en s'exprimant de manière calme, rassurante et confiante selon Johnson (48) et Simon (161). L'art de rassurer est une compétence en communication essentielle, d'après Leydon (138). Même en cas de mauvaise nouvelle, il y a de la place pour rassurer, mais il convient de ne pas rassurer trop prématurément, selon Balint (99). Trouver un équilibre entre une attitude paternaliste où le médecin supporte seul l'incertitude et permettre une prise de décision réellement informée ou partagée par le patient est une tâche difficile d'après Than (123). Leydon (138) suggère la pratique de l'appariement immédiat d'informations bonnes, mauvaises et incertaines pour aider le patient. Pour lui, les médecins doivent « *concevoir leur information en permettant au patient de trouver un équilibre entre incertitude et certitude, entre réalisme et optimisme, entre espoir et peur* ». L'analyse de nos résultats met en évidence un médecin qui a exercé une attitude de retenue en ne dévoilant qu'une partie de l'information. En effet, il a volontairement omis de préciser à la patiente le but de la réalisation d'une scintigraphie, qui était la recherche de métastases, afin de ne pas générer trop d'anxiété. Nous pourrions discuter le fait que la patiente est, elle-même, anxieuse. Cacher une partie de la vérité, est-ce faire preuve de tact dans certaines circonstances ? Nous soulevons la difficulté liée à l'opposition de principes éthiques, entre celui de la non malfeasance et de l'autonomie du patient.

L'expression du tact par le corps est un langage non verbal qui permet de rattraper une éventuelle maladresse de langage. Le comportement, l'attitude du médecin et le langage non verbal prennent une place importante dans l'expression du tact lors du partage d'incertitude, comme souligné par Arora (162), Waitzkin (87) et Griffith (163). Le langage non verbal n'est pas analysé dans notre étude car elle analyse uniquement les représentations des médecins sur leur pratique et non leur pratique in vivo. Cependant, l'analyse de nos résultats révèle que, selon les médecins interrogés, le partage de l'incertitude doit se faire avec une certaine assurance dans l'attitude du médecin, avec une certaine certitude sur le déroulement à suivre pour résoudre l'incertitude ou à propos des diagnostics éliminés. Pour Ceccaldi (32) il s'agit

de « *baliser l'incertitude par des certitudes négatives* », qui peuvent concerner l'information sur le diagnostic, le traitement ou le pronostic. Par exemple, cela pourrait se traduire par les phrases suivantes : « *je ne sais pas ce que vous avez, mais je sais ce qu'il faut faire* » ou « *je sais ce que vous n'avez pas* ». Un médecin fait preuve d'ambivalence concernant son attitude, car il se dit être prêt parfois à prendre le masque de la certitude pour rassurer le patient, et ainsi affirmer qu'il est sûr de lui même quand ce n'est pas le cas. Cette attitude nous semble éthiquement discutable. Les expressions comportementales d'incertitudes telles que l'utilisation par le médecin d'un livre ou d'un ordinateur pour résoudre l'incertitude sont, selon Ogden (164), en général mieux perçues que les expressions verbales telles que « *voyons ce qui se passe* » ou « *je ne sais pas* ». Johnson (48) différencie la résolution de l'incertitude par la consultation d'un ordinateur, où les patients sont plus satisfaits, de celle par la consultation d'un livre, où les patients sont moins satisfaits. Les expressions non verbales dans la littérature sont bien rapportées (165) : il y a notamment l'expression du visage, les sourires, le contact visuel, l'inclination de la tête, les gestes de la main, les postures du corps, les caractéristiques paralinguistiques comme le débit de parole, la sonie, la sensation subjective d'intensité sonore, la hauteur de ton, les pauses, mais aussi les comportements dialogiques tels que les interruptions. Le langage non verbal exprimant de l'incertitude peut se traduire par un discours moins fluide, une intonation remontant vers la fin des phrases, un contact visuel moins calme, des tremblements ou encore se toucher le visage et le cou. Walker (166) démontre dans son étude que le langage non verbal est un vecteur plus puissant que le langage verbal pour transmettre des émotions et de la confiance. Blanch (167) met en évidence dans les expressions d'incertitude des étudiants en médecine, que le langage non verbal, tel que la vitesse de réponse ou l'intensité de la parole, est associé à un manque de confiance en soi. Dans son étude, Kornelsen (146) conclut que le langage non verbal définit souvent négativement l'échange en cas d'incertitude. Dans une étude expérimentale récente, Blanch-Hartigan et col. (168) ont mis en évidence que l'utilisation par les médecins du langage non verbal pour exprimer l'incertitude est associée à une diminution de la confiance des patients et une augmentation de leur intention de demander un deuxième avis médical. Mast (169) conclut son étude sur l'importance d'être attentif au langage non verbal des patients et de surveiller son propre comportement non verbal. En effet, Mast montre que la satisfaction du patient augmente en cas de sourire du médecin, d'un bon contact visuel, si le médecin se penche en avant, si le ton de sa voix et son visage sont expressifs ou encore s'il fait beaucoup de gestes. Roter (170) montre l'importance de prendre en compte le langage

non verbal du patient comme expression de ses émotions, pour la qualité des soins et de la relation.

Le temps est aussi un outil d'aide précieux pour améliorer la tolérance à l'incertitude du patient. Plusieurs dimensions du temps interviennent dans la consultation. Il s'agit, lors du partage d'incertitude, de trouver le bon moment pour le faire, mais aussi de le faire progressivement, en prenant le temps pour ne pas brusquer le patient. Nos résultats concordent avec ceux de Politi (14), pour qui plusieurs visites peuvent être nécessaire dans ces situations complexes. Samuelson (19) met en évidence qu'il y a un certain temps nécessaire pour construire la relation médecin-patient. Il y a aussi le temps de silence après l'annonce d'incertitude, mis en évidence dans nos résultats, qui est une marque de tact et d'empathie. Seaburn (61) évoque aussi le temps nécessaire pour faire un diagnostic et donc gérer l'incertitude car bien souvent en médecine générale, les symptômes sont vus à un stade précoce. Enfin, selon Thomson (149), il convient aussi pour le médecin de définir un temps limite pour rapporter les symptômes.

Les médecins disposent d'autres outils pour améliorer la tolérance à l'incertitude des patients, notamment des outils d'aide à la décision, décrits par Berger (70). Ces outils aident à avoir une discussion franche sur l'incertitude pronostique, la prévalence importante de l'erreur, ou encore les limites des tests, comme stipulé par Schapira (144). Il s'agit tout d'abord de l'honnêteté, qui permet que les patients se sentent honnêtement informés (49,105,115,138). De plus, l'ouverture du médecin à ses propres émotions et à celles du patient est capitale pour l'empathie, comme précisé par différents auteurs (19,171-173). Pour Srivastava (173) et Alam (126), le médecin doit avoir une conscience accrue de ses propres réactions émotionnelles à l'incertitude diagnostique. Il est important que le médecin puisse avoir de la compassion pour lui-même, selon Smith (174). Samuelson (19) évoque l'intérêt d'être capable de se pardonner et de pardonner les autres. Le médecin peut aussi manifester du soutien, de l'espoir et de l'optimisme pour aider le patient (134,138,172). Un autre outil d'aide est le désir du médecin de travailler en collaboration, en coordonnant les soins, en exprimant sa volonté de réadresser le patient en cas de besoin. Le respect des décisions personnelles et des valeurs du patient (38,101), la clarification des objectifs au fil du temps et la négociation de décisions provisoires ou d'un manque de décisions sont aussi des outils d'aide pour le médecin.

Nous proposons pour conclure un modèle idéal du partage d'incertitude, avec certaines étapes clés, inspiré du modèle de Ghosh (115), de la gestion médicale stratégique de Sanche (31) et de celle de Hewson (148). Selon ce dernier, la gestion efficace des situations d'incertitude médicales incertaines et complexes est une compétence clinique primordiale.

Tout d'abord le médecin définit le contexte du diagnostic. Il explique clairement les signes et les symptômes au patient. Le médecin fait preuve d'une ouverture d'esprit, d'une capacité à reconnaître son ignorance face à une explosion des informations et propose des sources fiables comme certains sites Web.

Le médecin écoute attentivement et s'engage à aider le patient et à répondre à toutes ses questions et ses craintes sur sa santé.

Il s'adapte au patient, à sa capacité de compréhension, à sa tolérance à l'incertitude, pour exprimer, explicitement ou implicitement, l'incertitude, sous forme de risque absolu, d'hypothèses diagnostiques ou d'alternatives.

Il négocie et priorise les problèmes et le plan. Il en vérifie la compréhension du patient. Il favorise un sentiment de collaboration et implique le patient dans le processus décisionnel pour aboutir à une décision médicale partagée.

Il maintient les options de diagnostic ouvertes en établissant des diagnostics provisoires tout en gardant à l'esprit les alternatives.

Le médecin consolide la relation thérapeutique. Il manifeste son empathie au patient. Il fait preuve de tact, de circonspection et évite de rater un diagnostic critique.

Il prend en compte le facteur temps, pour permettre à des signes de se développer pour aider au diagnostic.

Enfin, il fournit un plan de réévaluation, définit un temps limite et des signes d'urgence qui doivent amener le patient à consulter à nouveau.

7. Limites de l'étude

Il s'agit d'une étude basée sur l'analyse d'entretiens de médecins qui racontent leur pratique. Nous cherchons à explorer les représentations des médecins mais il y a un hiatus entre ce que les médecins disent faire et ce qu'ils font réellement. Les médecins semblent partager fréquemment leur incertitude d'après leurs dires, mais il peut exister une différence entre ce qu'ils croient faire et ce qu'ils font réellement. Il peut en effet y avoir un biais de mémorisation et également un biais de perception de la réalité de leur pratique. C'est

d'ailleurs une caractéristique essentielle des médecins sur leur façon de communiquer, comme souligné par Fainzang (88): ils surestiment le contenu communiqué. Il peut y avoir aussi une déformation de la réalité par le médecin de peur d'être jugé : c'est le biais de désirabilité sociale. Il s'agit d'une première expérience de recherche qualitative pour l'auteur. Un autre biais est donc la qualité de l'intervieweur, qui n'est pas formé à l'entretien même si la qualité des entretiens augmente avec le temps. La qualité du codage peut être soulevée car il s'agissait aussi d'une première expérience pour l'auteur et il n'y a pas eu triangulation des données ni double codage : il s'agit d'un biais d'analyse. Il se peut que du sens du contenu du verbatim ait échappé à l'auteur lors de l'analyse : il peut y avoir un biais d'interprétation. D'autre part il peut y avoir un biais dans l'échantillonnage qui n'a pas toujours été aléatoire et s'est limité à huit personnes.

Une limite propre au sujet du partage de l'incertitude est soulevée par Parascandola (101), selon lequel malgré l'importance de respecter l'autonomie du patient, il est difficile de savoir quel est le meilleur intérêt pour le patient car les résultats sont incertains.

8. Prospectives

Cette recherche suscite d'autres questions qui pourraient donner lieu à des études à l'avenir. Nous pouvons nous interroger sur le point de vue des patients : comment les patients perçoivent-ils l'incertitude de leur médecin ? selon quel type de partage ? Une étude pourrait reprendre des consultations enregistrées et voir comment les échanges se passent dans la réalité. Davantage d'études sont nécessaires pour étudier les circonstances nécessitant une transmission ou un compromis sur la transmission d'incertitude. Par ailleurs, nous pouvons nous demander quels sont les impacts réels du partage de l'incertitude sur l'état de santé des patients, la qualité des soins. Quels sont les impacts sur les erreurs médicales ? Sur l'observance des patients ? Quels sont les facteurs qui expliquent les variations dans la communication de l'incertitude ? Il s'agirait aussi d'étudier comment la tolérance à l'incertitude influe précisément sur la communication du médecin. Une étude pourrait aussi valider un protocole de partage de l'incertitude, avec des questions permettant de s'adapter au patient.

V. Conclusion


Les médecins de notre étude partagent le plus souvent leur incertitude avec le patient mais ils ne le font pas tous de la même manière. De nombreux facteurs influencent la communication de l'incertitude. Tout d'abord, la loi oblige le médecin à partager l'information et donc l'incertitude. Ensuite le partage de l'incertitude répond à quatre principes éthiques : le principe d'autonomie, le principe de bienfaisance, le principe de non malfaisance et le principe de justice. Les deux principes éthiques d'autonomie et de bienfaisance sont souvent contradictoires, ce qui oblige le médecin à se positionner. Il peut aussi renoncer à partager l'incertitude au nom du principe de bienfaisance, en anticipant des réactions du patient, qui parfois ne correspondent pas à la réalité. Le partage de l'incertitude dépend des caractéristiques du patient, de son niveau social, de son niveau de littératie réel ou supposé, de la personnalité du médecin et notamment de leur tolérance respective à l'incertitude. Le partage dépend aussi de la pathologie présentée par le patient, de sa gravité et de sa chronicité.

Les médecins reconnaissent de nombreux avantages au partage de l'incertitude. Il a un réel impact sur la prise en charge des patients et la qualité des soins. Ces avantages sont cependant à mettre en balance avec les inconvénients. En effet les patients peuvent vivre le partage de l'incertitude comme une véritable annonce diagnostique qui peut provoquer des réactions de sidération, de déni ou d'anxiété.

Nous nous sommes ensuite intéressés à la manière dont les médecins transmettent en pratique leur incertitude au quotidien. Nous avons identifié que les médecins expriment leur incertitude dans un langage subjectif, engagé et expressif. Ils disent exprimer leur incertitude par des phrases simples, en les accompagnant d'explications puis d'une stratégie diagnostique ou thérapeutique aussi claire que possible. Puis, les médecins envisagent avec le patient une décision médicale partagée. Ce partage de l'incertitude, pour être fait dans de bonnes conditions, requiert une relation soignant-soigné de qualité, basée sur la confiance réciproque. Il s'agit pour le médecin d'annoncer l'incertitude de la meilleure façon, la plus adaptée, pour améliorer la tolérance du patient à l'incertitude. Le médecin tente de faire preuve d'adaptation au patient, grâce à une approche biopsychosociale holistique, centrée sur le patient et une communication empathique. Le médecin s'adapte au milieu social du patient, à ses attentes en matière d'information et à sa capacité de compréhension. D'autre part, ce partage nécessite certaines habiletés communicationnelles de base, le maniement de certains outils de communication, la gestion du temps, mais aussi de compétences plus spécifiques au partage

de risques ou liées à l'usage de la modalité épistémique. Le médecin essaye de mettre en forme cette incertitude. Il tente ensuite d'y mettre les formes, par sa créativité, son expérience et son intuition. En effet, les médecins exercent un savoir-faire pratique et un savoir-être pour ce partage de l'incertitude qui nécessite un certain tact. Ce partage s'inscrit dans une démarche EBM. Savoir partager l'incertitude est sans doute une compétence importante en médecine générale. Pour ce faire, il faut d'abord savoir reconnaître l'incertitude pour ensuite établir une relation de partenariat avec le patient.

VU
 Strasbourg, le 27/7/19
 Le président du Jury de Thèse
 Professeur Gilles BERTCHY



VU et approuvé **08 AOUT 2019**
 Strasbourg, le.....
 Le Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg
 Professeur Jean SIBILLA

Pour le Doyen,
 L'Assesseur
 Pr Bernard GOICHOT




VI. Annexes

Annexe 1 : Première version du guide d'entretien

Pour ma thèse, je réalise des entretiens sur le thème de l'incertitude en médecine générale. Ce thème est issu d'une situation clinique d'incertitude, que j'ai vécue, où j'étais en désaccord avec mon maître de stage. Les entretiens sont enregistrés, anonymes et gratuits. Il n'y a pas de jugement de la faculté. Le but est de découvrir le vécu de l'incertitude dans la pratique. Je vous remercie de m'accorder cet entretien.

Questions :

- 1) Pouvez-vous me raconter une situation d'incertitude que vous avez vécue ?
- 2) Comment caractérisez-vous l'incertitude de cette situation ?
- 3) Comment vous êtes-vous senti face à cette incertitude ?
- 4) Quelle a été votre attitude par rapport à cette incertitude ?
- 5) Avez-vous communiqué votre incertitude avec le patient ? Si oui, quelle incertitude avez-vous partagé ?
- 6) Qu'est-ce qui fait que vous avez communiqué votre incertitude ? Qu'est-ce qui influence là-dessus ?
- 7) De quelle manière avez-vous partagé cette incertitude ?
- 8) Quels ont été les intérêts et les risques de ce partage d'incertitude pour vous ? Pour le patient ? Quelles ont été pour vous les conséquences de cette communication de l'incertitude au patient ? Quelles ont été les conséquences pour le patient ?
- 9) Quelles ont-été les difficultés rencontrées ?
- 10) Comment avez-vous pris la décision à la fin de la consultation (concertation) ?

Questions de fin de l'entretien : durée installation, âge, possibilité de garder numéro de téléphone pour rappeler si besoin.

Annexe 2 : Deuxième version du guide d'entretien

Pour ma thèse, je réalise des entretiens sur le thème de l'incertitude en médecine générale. Ce thème est issu d'une situation clinique d'incertitude, que j'ai vécue, où j'étais en désaccord avec mon maître de stage. Les entretiens sont enregistrés, anonymes et gratuits. Il n'y a pas de jugement de la faculté. Le but est de découvrir le vécu de l'incertitude dans la pratique. Je vous remercie de m'accorder cet entretien.

Questions :

- 1) Quelle est la dernière fois que vous avez partagé l'incertitude ? Pouvez-vous me raconter une situation d'incertitude diagnostique ou thérapeutique que vous avez vécue récemment, où il y avait plusieurs choix possibles, des hésitations ?
- 2) Comment partagez-vous l'incertitude avec le patient ? Si oui, pourquoi la partager ? Quels facteurs influencent ?
- 3) Quels sont les avantages / les inconvénients de partager cette incertitude au patient ? Pour le patient / le médecin ?

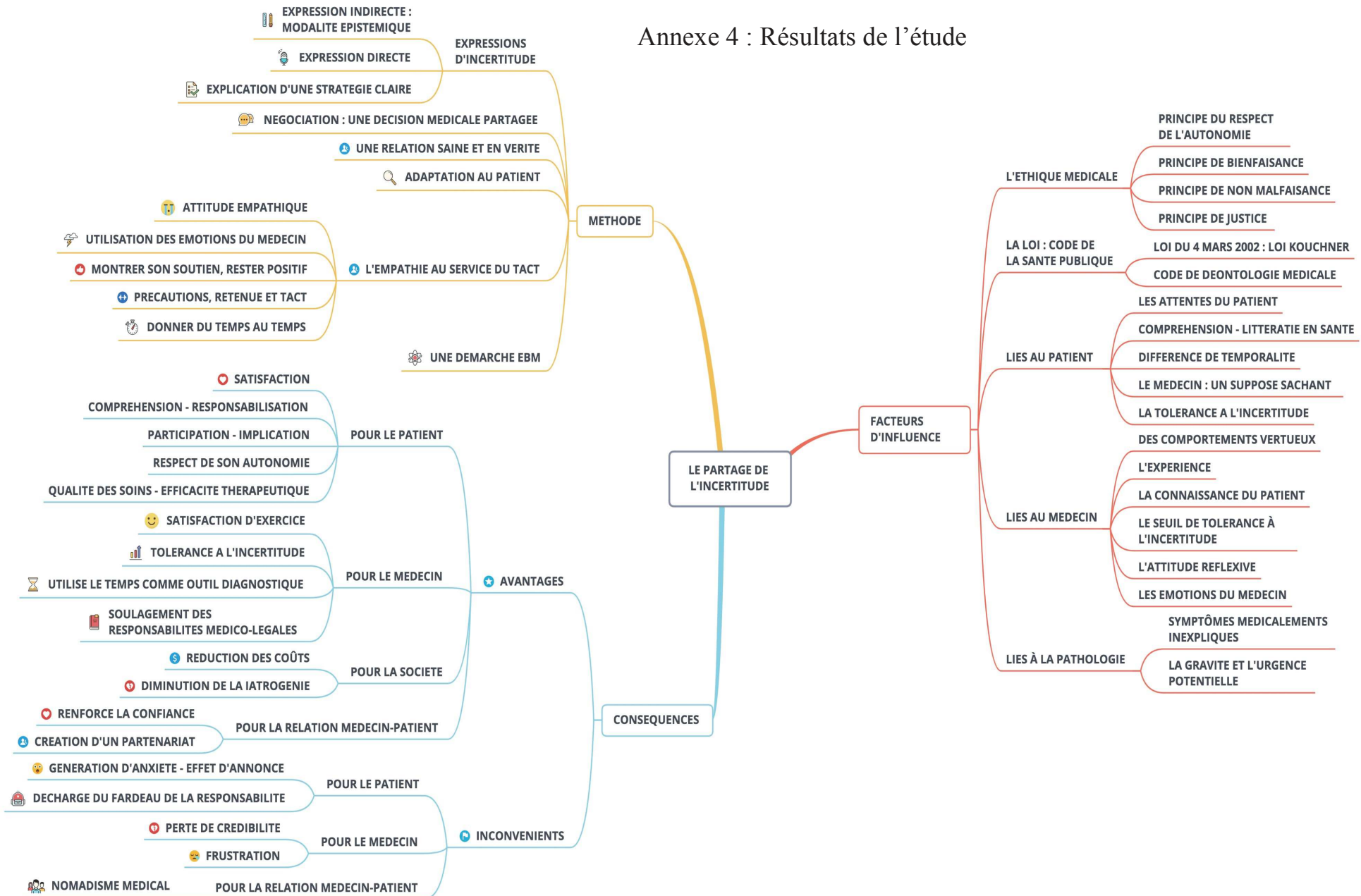
Questions de fin d'entretien : durée installation, âge, possibilité de garder numéro de téléphone pour rappeler si besoin.

Annexe 3 : Facteurs modulant le partage de l'incertitude

Facteurs	Positivement	Plus ou moins	Négativement
1) Facteurs liés au patient	le désir d'information des patients sur leur santé		
	importance de connaître les attentes des patients		
2) Facteurs liés à la pathologie	la gravité potentielle de la pathologie : pour l'impliquer		la gravité potentielle de la pathologie : pour ne pas trop l'inquiéter trop tôt
	le caractère urgent de la pathologie : pour que le patient agisse		
	une probabilité clinique forte de la maladie	selon l'estimation de la probabilité clinique de la maladie	une probabilité clinique faible de la maladie
3) Facteurs liés au médecin	le respect de l'autonomie du patient		
	l'expérience du médecin en matière de partage d'incertitude		
	l'habitude de dialoguer avec le patient		
		Le jeune âge du médecin source de plus d'incertitude	
			un âge plus avancé parfois ancré dans une attitude paternaliste
	la connaissance du patient sur le long terme		
	le degré d'incertitude du médecin		
	l'attitude réflexive du médecin		
		la subjectivité du médecin, le ressenti du médecin (selon la situation)	
		la fatigue et les émotions du médecin	
4) Facteurs liés aux données de la science / à la loi	le respect de l'autonomie du patient : information claire, loyale et appropriée pour un consentement libre et éclairé		
	intérêt de la décision médicale partagée		
5) Les difficultés rencontrées par les médecins pour partager l'incertitude			les difficultés de communication avec le patient : barrière de langue
			difficultés de compréhension du patient : faible niveau de littéracie en santé
			la différence de temporalité entre le patient et le médecin
			le patient s'adresse à un supposé sachant
	a) avantages pour le patient		e) inconvénients pour le patient
	améliore la compréhension du patient de son état de santé et des questions relatives		risque de décharge du fardeau de la décision sur le patient
	responsabilise le patient, implique le patient pour être acteur de ses soins		risque d'effet d'annonce diagnostique, possibilité de déni

	Positivement	Plus ou moins	Négativement
6) La balance bénéfique/risque entre avantages et inconvénients du partage de l'incertitude	augmente la motivation du patient à prendre soin de lui		risque d'errance diagnostique et donc de perte de temps et de chance
	suscite la réflexion chez le patient et le prépare à la suite des évènements		source de frustration et d'inconfort pour le patient
	permet de garder l'espoir dans certaines situations		risque de générer de l'anxiété
	permet la transformation de l'incertitude du patient en une incertitude acceptable et gérable		f) inconvénients pour le médecin
	b) avantages pour le médecin		peut être source de frustration
	entraîne de la satisfaction		risque de se dévoiler et donc risque de perte de crédibilité
	augmente la tolérance à l'incertitude et améliore sa gestion au quotidien		g) inconvénients pour la relation soigné/soignant
	évite l'épuisement de certains médecins, prévient le burnout		perte de confiance
	facilite l'exercice		risque de nomadisme médical
	diminue le sentiment d'isolement		
	soulage le médecin en terme de responsabilité / partage les responsabilités avec le patient, rôle médico-légal		
	c) avantages pour la relation soigné/soignant		
	entretient la relation		
	améliore la confiance		
	permet la décision médicale partagée		
	permet la création d'un partenariat entre le médecin et son patient		
	ré humanise la relation soigné/soignant, favorise une relation non paternaliste		
	est source de plus simplicité dans la relation		
	permet une relation de vérité, aspect éthique		
	alimente l'interaction entre les deux partis		
	d) autres avantages		
	permet de diminuer le nombre d'exams complémentaires		
	permet de diminuer la iatrogénie		
	permet au médecin de temporiser et d'utiliser le temps comme outil		

Annexe 4 : Résultats de l'étude



VII. Bibliographie

1. Ceccaldi J. De la science à l'ouverture clinique : gérer l'incertitude dans la relation de soin. *Médecine Palliat.* 2012;11(3):158-63.
2. Lewith GT. Undifferentiated illness: some suggestions for approaching the polysymptomatic patient. *J R Soc Med.* oct 1988;81(10):563-5.
3. Hartz. Unexplained symptoms in primary care: perspectives of doctors and patients. *Gen Hosp Psychiatry.* 1 mai 2000;22(3):144-52.
4. Beresford EB. Uncertainty and the Shaping of Medical Decisions. *Hastings Cent Rep.* 8 juill 1991;21(4):6-11.
5. Larousse É. Définitions : incertitude - Dictionnaire de français Larousse.
6. Dictionary by Merriam-Webster: America's most-trusted online dictionary. Disponible sur: <https://www.merriam-webster.com/>
7. Fox RC. L'incertitude médicale. Paris, France, Belgique: L'Harmattan; 1988. 202 p.
8. Biehn J. Managing uncertainty in family practice. *Can Med Assoc J.* 15 avr 1982;126(8):915-7.
9. Bhise V, Rajan SS, Sittig DF, Morgan RO, Chaudhary P, Singh H. Defining and Measuring Diagnostic Uncertainty in Medicine: A Systematic Review. *J Gen Intern Med.* 1 janv 2018;33(1):103-15.
10. Smithson M. Conflict Aversion: Preference for Ambiguity vs Conflict in Sources and Evidence. *Organ Behav Hum Decis Process.* 1 sept 1999;79(3):179-98.
11. Han PKJ. Conceptual, Methodological, and Ethical Problems in Communicating Uncertainty in Clinical Evidence. *Med Care Res Rev MCRR.* févr 2013;70(1 0):14S-36S.
12. Hillen MA, Gutheil CM, Strout TD, Smets EMA, Han PKJ. Tolerance of uncertainty: Conceptual analysis, integrative model, and implications for healthcare. *Soc Sci Med.* mai 2017;180:62-75.
13. Mishel MH, Germino BB, Lin L, Pruthi RS, Wallen EM, Crandell J, et al. Managing uncertainty about treatment decision making in early stage prostate cancer: A randomized clinical trial. *Patient Educ Couns.* déc 2009;77(3):349-59.
14. Politi MC, Han PKJ, Col NF. Communicating the Uncertainty of Harms and Benefits of Medical Interventions. *Med Decis Making.* 1 sept 2007;27(5):681-95.
15. Greenhalgh T. Narrative based medicine in an evidence based world. *BMJ.* 30 janv 1999;318(7179):323-5.

16. Hatch S. Uncertainty in medicine. *BMJ*. 11 mai 2017;357:j2180.
17. Jones R, Britten N, Culpepper L, Gass D, Grol R, Mant D. *Oxford Textbook of Primary Medical Care*. Oxford University Press; 2004. 668 p.
18. Antoñanzas F, Rodríguez-Ibeas R, Juárez-Castelló CA. Coping with uncertainty on health decisions: assessing new solutions. *Eur J Health Econ*. août 2012;13(4):375-8.
19. Samuelson M, O’Riordan M, Elwyn G, Dahinden A, Rk ZA, Ortiz JMB, et al. Dealing with uncertainty in general practice: an essential skill for the general practitioner. *Qual Prim Care*. 2011;19:175–81.
20. WONCA. *La définition européenne de la médecine générale - Médecine de famille*. 2002.
21. Katon WJ, Walker EA. Medically unexplained symptoms in primary care. *J Clin Psychiatry*. 1998;59 Suppl 20:15-21.
22. Reid S, Whooley D, Crayford T, Hotopf M. Medically unexplained symptoms—GPs’ attitudes towards their cause and management. *Fam Pract*. 10 janv 2001;18(5):519-23.
23. van der Weijden T, van Velsen M, Dinant G-J, van Hasselt CM, Grol R. Unexplained complaints in general practice: prevalence, patients’ expectations, and professionals’ test-ordering behavior. *Med Decis Mak Int J Soc Med Decis Mak*. juin 2003;23(3):226-31.
24. Cathébras P. *Troubles fonctionnels et somatisation : comment aborder les symptômes médicalement inexpliqués*. 2006.
25. Kroenke K. Patients presenting with somatic complaints: epidemiology, psychiatric co-morbidity and management. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2003;12(1):34-43.
26. Aubert, J. *Médecine générale : complexités et incertitudes*. *Rev Med Suisse*. 2009;1680-1.
27. Gerrity MS, Earp JAL, DeVellis RF, Light DW. Uncertainty and Professional Work: Perceptions of Physicians in Clinical Practice. *Am J Sociol*. 1992;97(4):1022-51.
28. Rogers WA, Walker MJ. Fragility, uncertainty, and healthcare. *Theor Med Bioeth*. 1 févr 2016;37(1):71-83.
29. Fugelli P. James Mackenzie Lecture. Trust in general practice. *Br J Gen Pract*. juill 2001;51(468):575-9.
30. Bloy G. L’incertitude en médecine générale : sources, formes et accommodements possibles. *Sci Soc Santé*. 1 mars 2008;Vol. 26(1):67-91.
31. Sanche G, Caire Fon N. Quand l’incertitude s’en mêle : travailler sans filet. *Le Médecin du Québec*. mai 2010;

32. Ceccaldi J. De la science à l'ouverture clinique : gérer l'incertitude dans la relation de soin. *Médecine Palliat*. 2012;11(3):158-63.
33. Lorenzo M. Tolérance à l'incertitude en médecine générale : une démarche de théorisation ancrée à partir de 14 entretiens. 2013.
34. Gordon GH, Joos SK, Byrne J. Physician expressions of uncertainty during patient encounters. *Patient Educ Couns*. 1 avr 2000;40(1):59-65.
35. Henry MS. Uncertainty, responsibility, and the evolution of the physician/patient relationship. *J Med Ethics*. 1 juin 2006;32(6):321-3.
36. Bhise V, Meyer AND, Menon S, Singhal G, Street RL, Giardina TD, et al. Patient perspectives on how physicians communicate diagnostic uncertainty: An experimental vignette study. *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care*. 1 févr 2018;30(1):2-8.
37. Braddock CH. Supporting shared decision making when clinical evidence is low. *Med Care Res Rev*. 1 févr 2013;70(1_suppl):129S-140S.
38. Politi MC, Street RL. The importance of communication in collaborative decision making: facilitating shared mind and the management of uncertainty. *J Eval Clin Pract*. 1 août 2011;17(4):579-84.
39. Logan RL, Scott PJ. Uncertainty in clinical practice: implications for quality and costs of health care. *The Lancet*. 2 mars 1996;347(9001):595-8.
40. Buetow S. The virtue of uncertainty in health care. *J Eval Clin Pract*. 1 oct 2011;17(5):873-6.
41. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 13 janv 1996;312(7023):71-2.
42. Cooke GP, Doust JA, Steele MC. A survey of resilience, burnout, and tolerance of uncertainty in Australian general practice registrars. *BMC Med Educ*. 7 janv 2013;13:2.
43. Katz J. Why Doctors Don't Disclose Uncertainty. *Hastings Cent Rep*. 1 févr 1984;14(1):35-44.
44. Babrow AS, Kasch CR, Ford LA. The many meanings of uncertainty in illness: toward a systematic accounting. *Health Commun*. 1998;10(1):1-23.
45. Kassirer JP. Our stubborn quest for diagnostic certainty. A cause of excessive testing. *N Engl J Med*. 1 juin 1989;320(22):1489-91.
46. Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, et al. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ*. 30 nov 1991;303(6814):1385-7.

47. Calnan M. Clinical uncertainty: is it a problem in the doctor-patient relationship? *Sociol Health Illn.* 1984;6(1):74-85.
48. Johnson CG, Levenkron JC, Suchman AL, Manchester R. Does physician uncertainty affect patient satisfaction? *J Gen Intern Med.* 1 mars 1988;3(2):144-9.
49. Seely AJE. Embracing the Certainty of Uncertainty: Implications for Health Care and Research. *Perspect Biol Med.* 4 juin 2013;56(1):65-77.
50. Han PKJ, Klein WMP, Lehman T, Killam B, Massett H, Freedman AN. The communication of uncertainty regarding individualized cancer risk estimates: effects and influential factors. *Med Decis Mak Int J Soc Med Decis Mak.* 2011;31(2):354-66.
51. Wellbery C. The value of medical uncertainty? *The Lancet.* 15 mai 2010;375(9727):1686-7.
52. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer.* 1 janv 2008;84:142-5.
53. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care.* 16 sept 2007;19(6):349-57.
54. Kaufmann J-C. *L'entretien compréhensif.* Paris: A. Colin; 2014.
55. Blanchet A, Gotman A. *L'entretien.* Paris: A. Colin; 2017.
56. Beauchamp T, Childress J. *Les principes de l'éthique biomédicale.* Paris, France: Les Belles Lettres; 1979.
57. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
58. Code de la santé publique - Article R4127-35. Code de la santé publique.
59. OCDE, Statistiques Canada. *La littératie à l'ère de l'information: Rapport final de l'Enquête internationale sur la littératie des adultes.* 2000.
60. Aguilar J. L'étude de l'expression de modalités épistémiques par des enseignants en situation d'entretien. Une proposition méthodologique d'analyse discursive de l'agir professoral. *Rech En Didact Lang Cult Cah Acedle.* 20 nov 2015;12(12-2).
61. Seaburn DB, Morse D, McDaniel SH, Beckman H, Silberman J, Epstein R. Physician Responses to Ambiguous Patient Symptoms. *J Gen Intern Med.* juin 2005;20(6):525-30.
62. Braddock III CH, Edwards KA, Hasenberg NM, Laidley TL, Levinson W. Informed decision making in outpatient practice: Time to get back to basics. *JAMA.* 22 déc 1999;282(24):2313-20.

63. Boyd JW. Narrative aspects of a doctor-patient encounter. *J Med Humanit.* 1903 1996;17(1):5-15.
64. Kant E, Paton HJ. *Groundwork of the metaphysics of morals.* 1964.
65. Reyna VF, Nelson WL, Han PK, Dieckmann NF. How Numeracy Influences Risk Comprehension and Medical Decision Making. *Psychol Bull.* nov 2009;135(6):943-73.
66. Han PKJ, Moser RP, Klein WMP. Perceived ambiguity about cancer prevention recommendations: associations with cancer-related perceptions and behaviours in a US population survey. *Health Expect.* 2007;10(4):321-36.
67. Han PKJ, Kobrin SC, Klein WMP, Davis WW, Stefanek M, Taplin SH. Perceived Ambiguity about Screening Mammography Recommendations: Association with Future Mammography Uptake and Perceptions. *Cancer Epidemiol Prev Biomark.* 1 mars 2007;16(3):458-66.
68. Schwab A. Epistemic Humility and Medical Practice: Translating Epistemic Categories into Ethical Obligations. *J Med Philos Forum Bioeth Philos Med.* 1 févr 2012;37(1):28-48.
69. Griffiths F, Green E, Tsouroufli M. The nature of medical evidence and its inherent uncertainty for the clinical consultation: qualitative study. *BMJ.* 3 mars 2005;330(7490):511.
70. Berger Z. Navigating the Unknown: Shared Decision-Making in the Face of Uncertainty. *J Gen Intern Med.* mai 2015;30(5):675-8.
71. 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.* 1 mars 2011;14(1):84-91.
72. Wallis K. Uncertainty, fear and whistling happy tunes. mars 2009;
73. Portnoy DB, Han PKJ, Ferrer RA, Klein WMP, Clauser SB. Physicians' attitudes about communicating and managing scientific uncertainty differ by perceived ambiguity aversion of their patients. *Health Expect Int J Public Particip Health Care Health Policy.* déc 2013;16(4):362-72.
74. Rizzo JA. Physician uncertainty and the art of persuasion. *Soc Sci Med.* déc 1993;37(12):1451-9.
75. Stolper E, Van Royen P, Van de Wiel M, Van Bokhoven M, Houben P, Van der Weijden T, et al. Consensus on gut feelings in general practice. *BMC Fam Pract.* 17 sept 2009;10:66.
76. 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.
77. Nevalainen M, Kuikka L, Pitkälä K. Medical errors and uncertainty in primary healthcare: A comparative study of coping strategies among young and experienced GPs. *Scand J Prim Health Care.* juin 2014;32(2):84-9.
78. Schneider A, Wübken M, Linde K, Bühner M. Communicating and Dealing with Uncertainty in General Practice: The Association with Neuroticism. *PLoS ONE.* 16 juill 2014;9(7).
79. Roter DL, Hall JA, Aoki Y. Physician Gender Effects in Medical Communication: A Meta-analytic Review. *JAMA.* 14 août 2002;288(6):756-64.
80. Roter DL, Hall JA. Why physician gender matters in shaping the physician-patient relationship. *J Womens Health.* nov 1998;7(9):1093-7.
81. Schmid Mast M. Dominance and gender in the physician-patient interaction. *J Mens Health Gen.* 1 déc 2004;1(4):354-8.
82. Gravel K, Légaré F, Graham ID. Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: a systematic review of health professionals' perceptions. *Implement Sci.* 9 août 2006;1:16.
83. Epstein RM, Street RL. Shared Mind: Communication, Decision Making, and Autonomy in Serious Illness. *Ann Fam Med.* sept 2011;9(5):454-61.
84. Richard C, Lussier M-T. La communication professionnelle en santé. 2ième Edition. In 2015.
85. Weiss BD, Mays MZ, Martz W, Castro KM, DeWalt DA, Pignone MP, et al. Quick Assessment of Literacy in Primary Care: The Newest Vital Sign. *Ann Fam Med.* 11 janv 2005;3(6):514-22.
86. Chew LD, Bradley KA, Boyko EJ. Brief questions to identify patients with inadequate health literacy. *Fam Med.* sept 2004;36(8):588-94.
87. Waitzkin H. Doctor-Patient Communication: Clinical Implications of Social Scientific Research. *JAMA.* 2 nov 1984;252(17):2441-6.
88. Fainzang S. La communication d'informations dans la relation médecins-malades. Une approche anthropologique. *Quest Commun.* 1 juill 2009;(15):279-95.
89. Pierron J-P. Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins. *Sci Soc Santé.* 2007;25(2):43-66.
90. Jaunait A. La relation de coopération médicale et l'asymétrie médecin-patient. *Sci Soc Santé.* 2007;25(2):67-72.

91. Lang T, et al. L'interaction entre médecins et malades productrice d'inégalités sociales de santé ? Le cas de l'obésité. Inserm U558. et al. 2008. 321 p.
92. Heritage J, Maynard DW. Problems and Prospects in the Study of Physician-Patient Interaction: 30 Years of Research. *Annu Rev Sociol.* 2006;32(1):351-74.
93. Martin E, Russell D, Goodwin S, Chapman R, North M, Sheridan P. Why patients consult and what happens when they do. *BMJ.* 3 août 1991;303(6797):289-92.
94. Desprès C. La couverture médicale universelle : des usages sociaux différenciés. *Sci Soc Santé.* 2005;23(4):79-110.
95. Reyna VF, Brainerd CJ. The importance of mathematics in health and human judgment: Numeracy, risk communication, and medical decision making. *Learn Individ Differ.* 1 avr 2007;17(2):147-59.
96. Williams MV, Davis T, Parker RM, Weiss BD. The role of health literacy in patient-physician communication. *Fam Med.* mai 2002;34(5):383-9.
97. Than MP, Flaws DF. Communicating diagnostic uncertainties to patients: The problems of explaining unclear diagnosis and risk. *Evid Based Med.* 1 juin 2009;14(3):66-7.
98. Cicourel. Le raisonnement médical, une approche socio-cognitive. *Quaderni.* 2003;50(1):291-3.
99. Balint M. *The doctor, his patient and the illness.* 1957.
100. Han PKJ, Lehman TC, Massett H, Lee SJC, Klein WMP, Freedman AN. Conceptual problems in laypersons' understanding of individualized cancer risk: a qualitative study. *Health Expect Int J Public Particip Health Care Health Policy.* mars 2009;12(1):4-17.
101. Parascandola M, Hawkins JS, Danis M. Patient Autonomy and the Challenge of Clinical Uncertainty. *Kennedy Inst Ethics J.* 1 sept 2002;12(3):245-64.
102. Vlek C. Risk assessment, risk perception and decision making about courses of action involving genetic risk: an overview of concepts and methods. *Birth Defects Orig Artic Ser.* 1987;23(2):171-207.
103. Fischhoff B. *Communicating Risks and Benefits: An Evidence Based User's Guide.* Government Printing Office; 2012. 244 p.
104. Brashers DE. *Communication and Uncertainty Management.* *J Commun.* 1 sept 2001;51(3):477-97.
105. Corso Z, Sisler J, Driedger S. Navigating Risk Communication Amidst Clinical Uncertainty: Physician Perspectives of Patient Interactions. *Occup Med Health Aff.* 1 mars 2014;1-2.

106. Peters E, Dieckmann N, Dixon A, Hibbard JH, Mertz CK. Less Is More in Presenting Quality Information to Consumers. *Med Care Res Rev.* 1 avr 2007;64(2):169-90.
107. Mazur DJ, Merz JF. How Older Patients' Treatment Preferences Are Influenced by Disclosures About Therapeutic Uncertainty: Surgery Versus Expectant Management for Localized Prostate Cancer. *J Am Geriatr Soc.* 1996;44(8):934-7.
108. Einhorn HJ, Hogarth RM. Decision Making Under Ambiguity. *J Bus.* 1986;59(4):S225-50.
109. Reyna VF. Fuzzy-Trace Theory, Judgment, and Decision-Making: A Dual-Processes Approach. In: *Human learning and memory: Advances in theory and application: The 4th Tsukuba International Conference on Memory.* Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 2005. p. 239-56.
110. Budescu DV, Weinberg S, Wallsten TS. Decisions based on numerically and verbally expressed uncertainties. *J Exp Psychol Hum Percept Perform.* 1988;14(2):281-94.
111. Johnson BB, Slovic P. Presenting Uncertainty in Health Risk Assessment: Initial Studies of Its Effects on Risk Perception and Trust. *Risk Anal.* 1995;15(4):485-94.
112. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, Appraisal, and Coping.* Springer Publishing Company; 1984. 460 p.
113. Gutheil TG, Bursztajn H, Brodsky A. Malpractice Prevention through the Sharing of Uncertainty. *N Engl J Med.* 5 juill 1984;311(1):49-51.
114. Elwyn G, Edwards A, Gwyn R, Grol R. Towards a feasible model for shared decision making: focus group study with general practice registrars. *BMJ.* 18 sept 1999;319(7212):753-6.
115. Ghosh AK. Understanding medical uncertainty: a primer for physicians. *J Assoc Physicians India.* sept 2004;52:739-42.
116. Segal ES. Maintaining communication in a time of uncertainty. *Arch Fam Med.* 1 déc 1995;4(12):1066-7.
117. Tati Seale M, Stults C, Zhang W, Shumway M. Expressing uncertainty in clinical interactions between physicians and older patients : what matters ? *PATIENT Educ Couns.* mars 2012;86(3):322-8.
118. Komesaroff PA. Uses and misuses of ambiguity: uses of ambiguity. *Intern Med J.* oct 2005;35(10):632-3.
119. Politi MC, Lewis CL, Frosch DL. Supporting shared decisions when clinical evidence is low. *Med Care Res Rev.* 1 févr 2013;70(1_suppl):113S-128S.

120. Richard C, Lussier M-T, Galarneau S, Jamouille O. Compétence en communication professionnelle en santé. *Pédagogie Médicale*. 1 nov 2010;11(4):255-72.
121. Street RL. *Interpersonal Communication Skills in Health Care Contexts*. Routledge Handbooks Online; 2003.
122. Kurtz S, Draper J, Silverman J, Draper J, Silverman J. *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine*. CRC Press; 2017.
123. Than MP, Flaws DF. Communicating diagnostic uncertainties to patients: The problems of explaining unclear diagnosis and risk. *BMJ Evid-Based Med*. 1 juin 2009;14(3):66-7.
124. Tucker WT, Ferson S. Strategies for Risk Communication. *Ann N Y Acad Sci*. 1 avr 2008;1128(1):ix-xii.
125. Navar AM, Stone NJ, Martin SS. What to Say and How to Say It: Effective Communication for Cardiovascular Disease Prevention. *Curr Opin Cardiol*. sept 2016;31(5):537-44.
126. Alam R, Cheraghi-Sohi S, Panagioti M, Esmail A, Campbell S, Panagopoulou E. Managing diagnostic uncertainty in primary care: a systematic critical review. *BMC Fam Pract*. 7 août 2017;18(1):79.
127. Bonnefon J-F, Villejoubert G. Tactful ou Doutful ? : Des attentes de politesse Expliquer le biais de gravité dans l'interprétation des phrases de probabilité. *Psychol Sci*. 1 sept 2006;17(9):747-51.
128. Edwards A, Risør MB, Kirkegaard P, Junge AG, Thomsen JL. Speaking of risk, managing uncertainty: decision-making about cholesterol-reducing treatment in general practice. *Qual Prim Care*. 2012;20(4).
129. MODALITÉ : Définition de MODALITÉ. Disponible sur: <http://www.cnrtl.fr/definition/modalité>
130. Simpkin AL, Schwartzstein RM. Tolerating Uncertainty — The Next Medical Revolution? *N Engl J Med*. 3 nov 2016;375(18):1713-5.
131. Kennedy AG. Managing uncertainty in diagnostic practice. *J Eval Clin Pract*. 2017;23(5):959-63.
132. Nexøe J, Halvorsen PA, Kristiansen IS. Review Article: Critiques of the risk concept — valid or not? *Scand J Public Health*. 12 janv 2007;35(6):648-54.
133. Levinson W, Kao A, Kuby A, Thisted RA. Not All Patients Want to Participate in Decision Making. *J Gen Intern Med*. 1 juin 2005;20(6):531-5.

134. Libert Y, Peternelj L, Bragard I, Liénard A, Merckaert I, Reynaert C, et al. Communication about uncertainty and hope: A randomized controlled trial assessing the efficacy of a communication skills training program for physicians caring for cancer patients. *BMC Cancer*. 10 juill 2017;17(1):476.
135. Kreuter MW, Lukwago SN, Bucholtz DC, Clark EM, Sanders-Thompson V. Achieving Cultural Appropriateness in Health Promotion Programs: Targeted and Tailored Approaches. *Health Educ Behav*. 1 avr 2003;30(2):133-46.
136. Epstein RM, Franks P, Shields CG, Meldrum SC, Miller KN, Campbell TL, et al. Patient-Centered Communication and Diagnostic Testing. *Ann Fam Med*. 9 janv 2005;3(5):415-21.
137. Wübken M, Oswald J, Schneider A. Umgang mit diagnostischer Unsicherheit in der Hausarztpraxis. *Z Für Evidenz Fortbild Qual Im Gesundheitswesen*. 2013;107(9–10):632-7.
138. Leydon GM. « Yours is potentially serious but most of these are cured »: optimistic communication in UK outpatient oncology consultations. *Psychooncology*. nov 2008;17(11):1081-8.
139. Street RL, Spears E, Madrid S, Mazor KM. Cancer survivors' experiences with breakdowns in patient-centered communication. *Psychooncology*. 10 déc 2018;
140. Makoul G, Clayman ML. An integrative model of shared decision making in medical encounters. *Patient Educ Couns*. mars 2006;60(3):301-12.
141. Moumjid N, Gafni A, Brémond A, Carrère M-O. Shared decision making in the medical encounter: are we all talking about the same thing? *Med Decis Mak Int J Soc Med Decis Mak*. oct 2007;27(5):539-46.
142. Haute Autorité de Santé - Patient et professionnels de santé : décider ensemble. 2013.
143. Bacqué M-H, Biewener C. L'empowerment, un nouveau vocabulaire pour parler de participation ? *Idees Econ Soc*. 19 sept 2013;N° 173(3):25-32.
144. Schapira MM, Aggarwal C, Akers S, Aysola J, Imbert D, Langer C, et al. How Patients View Lung Cancer Screening. The Role of Uncertainty in Medical Decision Making. *Ann Am Thorac Soc*. nov 2016;13(11):1969-76.
145. Gulbrandsen P, Clayman ML, Beach MC, Han PK, Boss EF, Ofstad EH, et al. Shared decision-making as an existential journey: Aiming for restored autonomous capacity. *Patient Educ Couns*. 1 sept 2016;99(9):1505-10.
146. Kornelsen J, Atkins C, Brownell K, Woollard R. The Meaning of Patient Experiences of Medically Unexplained Physical Symptoms. *Qual Health Res*. févr 2016;26(3):367-76.

147. Levinson W, Lesser CS, Epstein RM. Developing Physician Communication Skills For Patient-Centered Care. *Health Aff (Millwood)*. 7 janv 2010;29(7):1310-8.
148. Hewson MG, Kindy PJ, VanKirk J, Gennis VA, Day RP. Strategies for managing uncertainty and complexity. *J Gen Intern Med*. août 1996;11(8):481-5.
149. Thomson GH. Tolerating uncertainty in family medicine. *J R Coll Gen Pr*. 1 juin 1978;28(191):343-6.
150. Freud S. *La naissance de la psychanalyse*. Presses Universitaires de France; 2015. 459 p.
151. Ferenczi S. *The Clinical Diary of Sándor Ferenczi*. Harvard University Press; 1995. 260 p.
152. Kelm Z, Womer J, Walter JK, Feudtner C. Interventions to cultivate physician empathy: a systematic review. *BMC Med Educ*. 14 oct 2014;14.
153. Stepien KA, Baernstein A. Educating for Empathy. *J Gen Intern Med*. mai 2006;21(5):524-30.
154. van Osch M, Sep M, van Vliet LM, van Dulmen S, Bensing JM. Reducing patients' anxiety and uncertainty, and improving recall in bad news consultations. *Health Psychol*. 2014;33(11):1382-90.
155. Lemogne C. Empathy and Medicine. *Bull Acad Natl Med*. 2015;199(2-3):241-52; discussion 252.
156. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry*. 1980;137(5):535-44.
157. Weber J-C. *La médecine comme technê : tactique du geste, éthique du tact*. 2011;12.
158. TACT : Définition de TACT. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/tact>
159. Certeau M de, Giard L, Certeau M. *Arts de faire*. Nouvelle éd. Paris: Gallimard; 2010. 349 p. (L' invention du quotidien).
160. Giacomini A, Weber J-C. *L'art d'informer son patient.: Du devoir à la parrêsia, une éthique de la vérité*. France; 2018. 169 p.
161. Simon GE, Levenkron JC, Johnson CG. Will sharing uncertainty reduce physician effectiveness? *J Gen Intern Med*. 1 sept 1988;3(5):520-1.
162. Arora NK. Interacting with cancer patients: the significance of physicians' communication behavior. *Soc Sci Med*. sept 2003;57(5):791-806.
163. Griffith CH, Wilson JF, Langer S, Haist SA. House Staff Nonverbal Communication Skills and Standardized Patient Satisfaction. *J Gen Intern Med*. 2003;18(3):170-4.

164. Ogden J, Fuks K, Gardner M, Johnson S, McLean M, Martin P, et al. Doctors expressions of uncertainty and patient confidence. *Patient Educ Couns*. 1 oct 2002;48(2):171-6.
165. Knapp ML, Hall JA, Horgan TG. *Nonverbal Communication in Human Interaction*. Cengage Learning; 2013. 530 p.
166. Walker MB. The relative importance of verbal and nonverbal cues in the expression of confidence. *Aust J Psychol*. 1 avr 1977;29(1):45-57.
167. Blanch DC, Hall JA, Roter DL, Frankel RM. Is it good to express uncertainty to a patient? Correlates and consequences for medical students in a standardized patient visit. *Patient Educ Couns*. sept 2009;76(3):300-6.
168. Blanch-Hartigan D, van Eeden M, Verdam MGE, Han PKJ, Smets EMA, Hillen MA. Effects of communication about uncertainty and oncologist gender on the physician-patient relationship. *Patient Education and Counseling*. 2 mai 2019;
169. Mast MS. On the importance of nonverbal communication in the physician–patient interaction. *Patient Educ Couns*. 1 août 2007;67(3):315-8.
170. Roter DL, Frankel RM, Hall JA, Sluyter D. The Expression of Emotion Through Nonverbal Behavior in Medical Visits. *J Gen Intern Med*. 2006;21(S1):S28-34.
171. Meryn S. Improving doctor-patient communication: not an option, but a necessity. *Br Med J*. 27 juin 1998;316(7149):1922-3.
172. Lynn JT. On medical uncertainty. *Am J Med*. 1 févr 1994;96(2):186-7.
173. Srivastava R. Dealing with Uncertainty in a Time of Plenty. *N Engl J Med*. 15 déc 2011;365(24):2252-3.
174. Smith AK, White DB, Arnold RM. Uncertainty — The Other Side of Prognosis. *N Engl J Med*. 27 juin 2013;368(26):2448-50.

Université

de Strasbourg

Faculté
de médecine**DECLARATION SUR L'HONNEUR****Document avec signature originale devant être joint :**

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : NOEGLE Prénom : SYLVAIN

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

« J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

Signature originale :

A Waltwiller, le 6/7/2019

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

RÉSUMÉ :

Objectif : L'objectif de cette étude est de déterminer comment les médecins partagent leurs incertitudes aux patients, quels sont les facteurs d'influence et les conséquences de ce partage.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude qualitative par théorisation ancrée, basée sur l'analyse d'entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes installés en Alsace.

Résultats : Le partage de l'incertitude est une pratique répandue mais hétérogène chez les médecins interrogés. De nombreux facteurs influencent le partage de l'incertitude. Ce partage est très important pour la qualité des soins. Le médecin adopte une approche biopsychosociale centrée sur le patient et une communication affective afin d'améliorer la tolérance à l'incertitude du patient.

Conclusion : Savoir partager l'incertitude est sans doute une compétence importante en médecine générale. Pour ce faire, il faut d'abord savoir reconnaître l'incertitude pour ensuite établir une relation de partenariat avec le patient.

Rubrique de classement : Médecine générale

Mots-clés : incertitude, diagnostic, communication, médecine générale, empathie, tact, littératie, approche centrée patient.

Président : Professeur Gilles BERTSCHY

Assesseurs :

Professeur Jean-Christophe WEBER

Docteur Mathieu LORENZO

Adresse de l'auteur :

4 bis rue d'Uffholtz 68700 WATTWILLER

sylvain.moegle@gmail.com