



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie



Année 2019

**THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE**

(décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales)

présentée et soutenue publiquement
le 6 Juin 2019 à Poitiers
par **Mademoiselle Laura JEANJEAN**

**Evaluation du ressenti des internes en 3ème semestre de DES
de médecine générale à Poitiers (promotion 2017) sur leur
formation au "savoir-agir en situation d'incertitude"**

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur José GOMES DA CUNHA

Membres : Monsieur le Docteur Pascal PARTHENAY
Monsieur le Docteur Yann BRABANT
Monsieur le Docteur Pierrick ARCHAMBAULT

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Pascal AUDIER

Le Doyen,

Année universitaire 2018 - 2019

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie (**retraite 09/2019**)
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale (**retraite 09/2019**)
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, oncérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie

- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie (**retraite 09/2019**)
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- COUDROY Rémy, réanimation (**en mission 1 an**)
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie (**en mission 1 an**)
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PALAZZO Paola, neurologie (**pas avant janvier 2019**)
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry

Maitres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- GAY Julie, professeur agrégé

Professeurs émérites

- DORE Bertrand, urologie (08/2020)
- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2019)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2020)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (08/2021)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2020)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2021)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

Au président du jury, Monsieur le Professeur José GOMES DA CUNHA,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Veuillez recevoir mes plus vifs remerciements et l'expression de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Pascal PARTHENAY,

Merci de l'intérêt que vous portez à ce travail. Soyez assuré de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Yann BRABANT,

Vous avez accepté de juger ce travail. Soyez assuré de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Pierrick ARCHAMBAULT,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sentiments respectueux.

A Monsieur le Docteur Pascal AUDIER, qui a été mon tuteur et qui a accepté de diriger cette thèse, sincères remerciements pour votre aide tout au long de ce travail.

Aux internes ayant participé à cette étude.

A tous les médecins qui se sont succédés sur le chemin de ma formation, en particulier le **Docteur Françoise OUNDA-MEYBI JOURDAIN** et le **Docteur Anne-Marie KEUK**, qui par leur expérience de femme médecin généraliste et leurs conseils avisés, m'ont aidée à avancer. Merci Anne-Marie de m'accorder aujourd'hui ta confiance auprès de tes patients.

A Isa, confidente des premières heures, toujours aussi proche même à l'autre bout de la France !

A la team des urgences angoumoises et aux co-internes en or qui ont marqué mon entrée dans l'internat. Adrien, Elodie, Tanya, Frédérique et Charles, merci pour votre gentillesse et votre simplicité, je suis heureuse aujourd'hui de suivre et partager vos belles histoires de vie.

Aux nanas de la team géria Chatel', ce fut un vrai plaisir de travailler avec vous !

A ma famille et belle-famille, sans qui rien n'aurait été possible. A toi maman, pour ton soutien durant ces longues études de passion et de labeur. A toi papa, et à nos allers-retours L'Houmeau-Poitiers dominicaux.

A Julien. A nos années communes de découvertes et défis partagés, professionnels et personnels.

A nos deux plus belles aventures, Camille et Ronan, qui nous font grandir avec eux.

SOMMAIRE

Liste des enseignants	1
Remerciements	3
Liste des abréviations	7
Glossaire	8
INTRODUCTION	10
I. Introduction à l'incertitude	10
II. Vers une formation au "savoir-agir en situation d'incertitude"	11
III. Problématique et objectifs	15
DES DE MEDECINE GENERALE A POITIERS (PROMOTION 2017)	16
I. Enseignements hors stage: focus sur les GEP	16
I.1 Thèmes	16
I.2 Modalités	16
I.3 Programmation du GEP 2	17
II. Enseignements en stage: focus sur le stage ambulatoire de niveau 1	18
MATERIEL ET METHODE	20
I. Type d'étude	20
II. Chercheuse	20
III. Population et échantillonnage	20
IV. Entretien	21
V. Recueil de données	22
VI. Analyse des données verbatim	22
RESULTATS	23
I. Caractéristiques de l'échantillon d'internes	23
I.1 Age et sexe	23
I.2 Faculté d'origine	24
I.3 Semestre du stage ambulatoire de niveau 1	24
I.4 Rang de choix de la médecine générale	24
I.5 Département du GEP 2	24
I.6 Profils des MSU du stage de niveau 1	24

II. L'incertitude vue par les internes en 3ème semestre de DES de médecine générale à Poitiers	24
II.1 Identification de l'incertitude	24
II.2 Analyse de l'incertitude	25
II.2.a Incertitude inhérente au premier recours	25
II.2.b Incertitude non formatée	25
II.2.c Incertitude quotidienne	25
II.3 Les types d'incertitude	27
II.4 Les niveaux d'incertitude	27
II.4.a En lien avec le médecin	27
II.4.b En lien avec la science	28
II.4.c En lien avec la société (place de médecin de premier recours)	28
II.5 Vécu de l'incertitude	29
II.5.a Incertitude perturbante	29
II.5.b Incertitude motivante	29
II.5.c Place de l'autoformation	29
III. Objectif principal : ressenti des internes sur leur formation au "savoir-agir en situation d'incertitude"	33
III.1 En GEP 2	33
III.1.a Aspects positifs: fond, forme, facteurs favorisant l'impact sur la pratique en stage	33
III.1.b Aspects négatifs: fond, forme, facteurs limitant l'impact sur la pratique en stage	35
III.2 En stage de niveau 1	39
III.2.a Difficultés ressenties par les internes en situation d'incertitude en stage	39
III.2.b Mécanismes d'adaptation face à l'incertitude	43
III.2.c Attentes des internes de leurs MSU	44
III.2.d Facteurs facilitants du stage	47
III.2.e Facteurs limitants du stage	49
IV. Objectif secondaire : modifications envisageables de la formation actuelle	53
IV.1 En GEP 2	53
IV.2 En stage de niveau 1	55

DISCUSSION	58
I. Généralités	58
II. Résultats et implications	58
II.1 Validité de l'étude	58
II.2 Biais de l'étude	59
II.2.a Constitution de l'échantillon	59
II.2.b Population d'échantillonnage	59
II.2.c Recueil des données	59
III. Principaux résultats	61
III.1 Résultats PARTIE II : l'incertitude vue par les internes de médecine générale en 3ème semestre de DES de médecine générale à Poitiers	61
III.2 Résultats PARTIE III.1 : formation hors stage au "savoir-agir en situation d'incertitude": exemple du GEP 2	62
III.3 Résultats PARTIE III.2 : formation en stage au "savoir-agir en situation d'incertitude": exemple du stage de niveau 1	66
IV. Pistes de réflexion	71
IV.1 Formation pédagogique des MSU-enseignants	71
IV.2 Certification de la compétence "savoir-agir en situation d'incertitude": une utopie?	71
CONCLUSION	75
Annexes	76
Bibliographie	78
Résumé	82
Serment d'Hippocrate	83

LISTE DES ABREVIATIONS

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation En Santé

BV : Bureau virtuel

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DMG : Département de Médecine Générale

ECM : Entretien Collectif Monitoré

EHS : Enseignements Hors Stage

EMG : Etudiant en Médecine Générale

FFI : Faisant Fonction d'Interne

FMC : Formation Médicale Continue

GEP : Groupe d'Echange de Pratiques

GEASP : Groupe d'Entraînement à l'Analyse de Situations Professionnelles

HAS : Haute Autorité de Santé

IMG : Interne de Médecine Générale

MG : Médecine Générale

MSU : Maître de Stage des Universités

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

QCM : Questionnaire à Choix Multiples

RTG : Rencontre Tuteurée en Groupe

RTI : Rencontre Tuteurée Individuelle

RAQ : Relevé d'Activité Quotidienne

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SFMG : Société Française de Médecine Générale

SN1 : Stage de Niveau 1

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners /Family Physicians

GLOSSAIRE

Voici les quelques définitions retenues pour cette étude :

-"**L'incertitude en médecine**" sera traduite comme "l'état dans lequel se trouve le médecin lorsqu'il ne connaît pas avec certitude le diagnostic étiologique ou syndromique pour une consultation, la thérapeutique à proposer, ou qu'il n'est pas sûr de la compréhension qu'il a du patient" [1].

Une autre définition nous a paru intéressante car elle introduit la notion de limite des connaissances disponibles et de risque : c'est celle proposée par le Comité de la Prévention et de la Précaution pour le rapport ministériel intitulé "La décision publique face à l'incertitude" en période de grippe H1N1 :

"L'incertitude signifie que les connaissances disponibles ne permettent pas de caractériser une situation aussi précisément qu'on le souhaiterait ; elle n'est pas synonyme d'ignorance. Il est donc important d'établir aussi clairement que possible les limites des connaissances existantes, afin d'en faire le meilleur usage. La représentation la plus simple d'une situation d'incertitude est le risque. On parle de risque lorsque l'on est en mesure de distinguer un ensemble d'issues possibles de la situation, de leur attribuer des degrés de vraisemblance et d'estimer l'ampleur des conséquences".

-"**La compétence**", selon le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE), est "un savoir-agir complexe, en lien avec le complexe d'apprentissage ou d'exercice, qui intègre plusieurs types de ressources et qui permet, à travers une famille de situations, non seulement l'identification de problèmes mais également leur résolution par une action efficace et adaptée à un moment donné". Cette définition illustre bien le fait qu' "une compétence est spécifique à un contexte: il faut confronter l'interne à des situations-problèmes qui aient du sens pour lui" [2].

C'est un "savoir-agir complexe qui prend appui sur la mobilisation et la combinaison de ressources internes et externes pour répondre à un ensemble de situations professionnelles données" [3].

Ce qui nous ramène à l'assertion de Le Boterf : "La compétence médicale est un savoir-faire en action" et "(...) un savoir-agir contextualisé performant" [2].

-D'où "**Etre compétent**, c'est savoir-faire en agissant et pas seulement être savant" [4].

-"**Le savoir-agir en situation d'incertitude**", évoqué tout au long de notre étude, n'a pas de définition propre. Il est inclus dans la famille de compétences "Premier recours, urgences" schématisée sur la marguerite du CNGE. Cette famille est décrite comme "la capacité à gérer avec la personne les problèmes de santé indifférenciés, non sélectionnés, programmés ou non, selon les données actuelles de la science, le contexte et les possibilités de la personne, quels que soient son âge, son sexe, ou toute autre caractéristique, en organisant une accessibilité (proximité, disponibilité, coût optimal)" [5].

-**La tolérance à l'incertitude**" définit "l'état du médecin ne ressentant pas le besoin de diminuer son niveau d'incertitude pour prendre en charge le patient d'une façon acceptable pour l'ensemble des acteurs (le médecin, le patient, la société)" [1].

-**Les soins primaires**", selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) à Alma-Ata (Kazakhstan) en 1978, sont "des soins de santé essentiels universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté par des moyens qui leur sont acceptables, avec leur pleine participation et à un coût abordable pour la communauté du pays". L'expression "soins primaires" est en fait une adaptation française du "primary care" anglais. Dans la même lignée, on parle parfois de "**soins de premier recours**" ou "soins premiers". Ceux-ci sont évoqués comme suit dans l'article L1411-11 du code de la santé publique : «L'accès aux soins de premier recours, ainsi que la prise en charge continue des malades, sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité. Ils sont organisés par l'agence régionale de santé conformément au schéma régional de santé prévu à l'article L. 1434-2. Ces soins comprennent : 1° La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ; 2° La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ; 3° L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ; 4° L'éducation pour la santé. Les professionnels de santé, dont les médecins traitants cités à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, ainsi que les centres de santé concourent à l'offre de soins de premier recours en collaboration et, le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux".

-**La médecine générale - médecine de famille**" [6] est définie par la World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners (WONCA) comme "une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques. C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires. Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée".

-**La qualité des soins**", selon l'OMS, est "une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins".

INTRODUCTION

I. Introduction à l'incertitude

On peut dire que l'incertitude, inhérente à la vie et à la complexité de l'homme, a toujours fait partie intégrante de la médecine. "Notre incertitude s'accroît en fonction de nos connaissances comme le périmètre d'un cercle en fonction de son rayon" nous dit Socrate. Tandis que Blaise Pascal déclame si justement toute l'ambiguïté et la richesse d'un tel sujet :

"Quelle chimère est-ce donc l'homme ?
Quel sujet de contradictions, quel prodige !
Juge de toutes choses, imbécile ver de terre
Dépositaire du vrai, cloaque d'incertitudes
Gloire et rebut de l'univers.
Qui démêlera cet embrouillement ?" [7].

Pourtant, cette réalité se heurte à des siècles de déterminisme à la poursuite du savoir certain et irréfutable. L'imaginaire collectif se nourrit de l'image erronée du médecin omniscient et de la science infaillible.

Il faut attendre le 20^{ème} siècle et le sociologue Talcott Parsons pour que l'incertitude en médecine reprenne enfin toute sa dimension. En 1951, Parsons évoque l'incertitude comme partie intégrante de toute démarche médicale et souligne un paradoxe caractéristique du progrès de la connaissance scientifique : "plus nos connaissances augmentent, dans n'importe quel domaine, plus on prend la mesure de notre ignorance" [8]. Avec un sens particulièrement aigu en médecine car le praticien se trouve face à un patient "dans un état délicat de souffrance et de vulnérabilité" [9].

Dans le sillage de Parsons, son élève Renée Fox écrira d'ailleurs ceci : "sous leur surface scientifique, les actes et les événements médicaux interfèrent avec la condition humaine des patients, de leurs proches (...) ils rencontrent en même temps leurs espoirs et leurs aspirations les plus profondes ainsi que leurs craintes, leurs angoisses et leur peur" [9]. Fox décline l'incertitude selon trois niveaux, en lien avec la position du médecin par rapport au savoir biomédical (Fox, l'Harmatan, 1988) :

- Un premier niveau, qui "résulte d'une maîtrise incomplète ou imparfaite du savoir disponible".
- Un second niveau, qui "dépend des limites propres à la connaissance médicale", en sachant qu'à l'heure actuelle, la recherche en médecine générale est peu développée.
- Un troisième niveau, expliqué par "la difficulté pour le praticien de faire la distinction entre ses propres limites et celles de la science".

Dans ce modèle, les médecins se questionnent, bien loin de la "double ignorance" dangereuse de Platon. Ils sont décrits comme "des professionnels très réflexifs en quête de l'équilibre délicat entre la capacité de reconnaître et d'évaluer le doute et l'inconnu, et la lucidité d'une prise de décision rationnelle" [9]. Fox reprend d'ailleurs l'assertion du philosophe James Conant "nous savons que l'incertitude est la seule certitude".

Cette forme d'incertitude décrite par Fox est à mettre en parallèle avec une autre forme d'incertitude, en lien avec la position du médecin généraliste dans notre système de santé : les soins primaires, centrés sur le patient. Les spécificités suivantes, dont plusieurs figurent parmi "les caractéristiques de la discipline de la médecine générale-médecine de famille" définies par la WONCA [6], sont autant de niveaux d'incertitude :

- La confrontation aux maladies à un stade précoce et peu différencié, avec accès difficile au plateau technique.
- La confrontation à la complexité des situations dans le champs bio-psycho-social.
- La confrontation aux attentes et représentations des patients, à leurs demandes profanes, au sens de "qui n'a aucune connaissance dans une science ou un art".
- Et, plus largement, la confrontation aux attentes de la société, société de consommation et du risque zéro.

La médecine générale, c'est donc du soin primaire et "le patient est le point de départ du processus. Il est aussi important de comprendre comment le patient fait face à la maladie et comment il l'envisage, que de s'occuper de la maladie elle-même" [6]. Les travaux de Mc Whinney "qui décrit le comportement particulier de l'organisme influencé par l'histoire, le contexte et l'environnement" [6] prennent ici tout leur sens. Selon lui, "de toute les disciplines cliniques, la médecine générale opère au plus haut niveau de complexité et donc d'incertitude", ce qui demande au médecin généraliste "une recherche de la complexité et l'acceptation de l'incertitude" [6].

II. Vers une formation au "savoir-agir en situation d'incertitude"

Former des médecins compétents autonomes et réflexifs est un devoir tant déontologique que sociétal pour chaque département de médecine générale (DMG). Le défi est double : former des professionnels de santé "capables de répondre aux demandes des patients en soins primaires" [3] "en centrant la formation sur l'apprentissage des compétences plutôt que sur la simple transmission de savoirs, ne serait ce qu'en raison de la multiplication et de l'évolution permanente des connaissances" [2].

La plupart ont ainsi fait évoluer leurs programmes en glissant de l'approche par objectifs d'avant 2003 vers l'approche par compétences, basée sur les travaux de recherche en pédagogie et en neurosciences cognitives. Le CNGE a inclus la capacité d'intégrer l'incertitude dans la décision dans ses objectifs de certification pour le diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale. Celle-ci figure parmi les 6 groupes de compétences génériques à acquérir par le futur généraliste, schématisés en une marguerite : "Premier recours, **Incertitude**, Soins non programmés et Urgences".

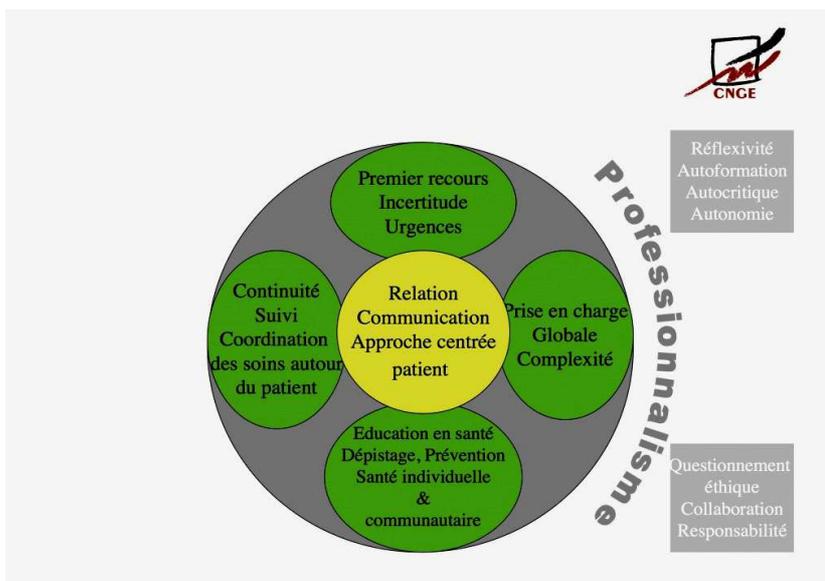


Figure 1 et 2 : Marguerite des compétences du médecin généraliste selon le CNGE, version 2009 et 2013 [10]

Plusieurs révisions des programmes se sont depuis succédées. La dernière, en 2017, s'appuie sur:

- Les évaluations des MSU
- Les textes de réformes des DES de médecine d'avril 2017, avec introduction de la notion de certification. La certification de la compétence à exercer en fin de DES est une des réponses à la question fondamentale de la qualité des soins [3]. L'arrêté du 21 avril 2017, relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées, mentionne que l'interne doit savoir "prescrire des examens complémentaires et explorations fonctionnelles adaptés", "gérer son stress" et "connaître ses limites" [11]. Paramètres en première ligne dans le "savoir-agir en situation d'incertitude".

- Les 11 familles de situations du CNGE : la famille de situation N°2 intitulée "Situations liées à des problèmes aigus / programmés ou non / fréquents ou exemplaires" comprend l'item 2-2 "Entendre et répondre aux plaintes somatiques médicalement inexpliquées, aux plaintes d'origine fonctionnelle". Situations où la place de l'incertitude est majeure. On attend de l'interne "qu'il explicite au patient, de façon argumentée(...) ses doutes et son projet d'intervention négocié, élabore un projet d'intervention négocié avec le patient en tentant de réduire autant que faire se peut la part du doute concernant le diagnostic, reconnaisse que les symptômes sont bien ressentis par le patient même s'il n'arrive pas à les intégrer dans ses modèles explicatifs, s'efforce d'éviter ou d'induire une iatrogénie par la multiplication des traitements et examens complémentaires, sollicite d'autres intervenants et soutiens possibles en évitant le recours systématique au spécialiste, mette en œuvre le projet thérapeutique en l'absence de certitude devant une plainte médicalement inexpliquée" [40].

Noble mais non moins vaste programme qui soulève plusieurs problématiques, résumées par le Dr Jacques Aubert : "Comment appréhender la complexité de l'exercice de la médecine générale? Comment conjuguer la complexité de cet exercice avec la singularité propre de chaque patient et l'inévitable risque d'incertitudes consubstantielles à toute complexité? La complexité croissante des multiples systèmes à prendre en compte aujourd'hui se révèle-t-elle pour le médecin source de plaisir et d'épanouissement, voire de fascination, ou, au contraire, motif de sombres préoccupations?". "Il appartient aux médecins généraliste de jouer ce rôle fascinant de gestionnaires de la complexité. Et aux Instituts universitaires de médecine générale de relever le défi qui consiste à promouvoir auprès des étudiants le goût de la complexité en médecine et l'envie de devenir généralistes!" [7].

Car l'incertitude n'est pas une notion neutre. Le sentiment d'échec qu'elle peut susciter chez les médecins, et à plus forte raison chez les étudiants en formation, risque d'impacter négativement la qualité des soins et de la relation médecin/patient. Une mauvaise tolérance à l'incertitude peut être responsable de "pratiques professionnelles inadaptées" [13;14]. Côté sociétal, celles-ci se traduisent principalement par une hausse des dépenses de santé et du risque iatrogène pour le patient. Côté médecin, l'anxiété engendrée peut parfois aboutir à une érosion de l'empathie, une satisfaction professionnelle moindre voir un épuisement professionnel [15;16;17;18]; et, dans le pire des cas, à des erreurs médicales par conclusion prématurée du praticien [16;19;20;21].

La "courbe de la tension clinique" (figure 3 ci-dessous) illustre le processus complexe pouvant amener le médecin généraliste à conclure prématurément. Dès le début de la consultation, il se retrouve confronté à deux premiers niveaux d'incertitude, un tableau clinique souvent indifférencié et un patient avec des plaintes, parfois inquiet. La tension et l'anxiété du médecin montent alors crescendo tout au long de la démarche décisionnelle. La pression du temps de consultation et

d'autres paramètres, tels que l'état de fatigue et la surcharge cognitive du moment, sont autant de facteurs aggravants. Pour libérer cette pression, la tentation peut-être grande d'arriver plus vite à la solution.

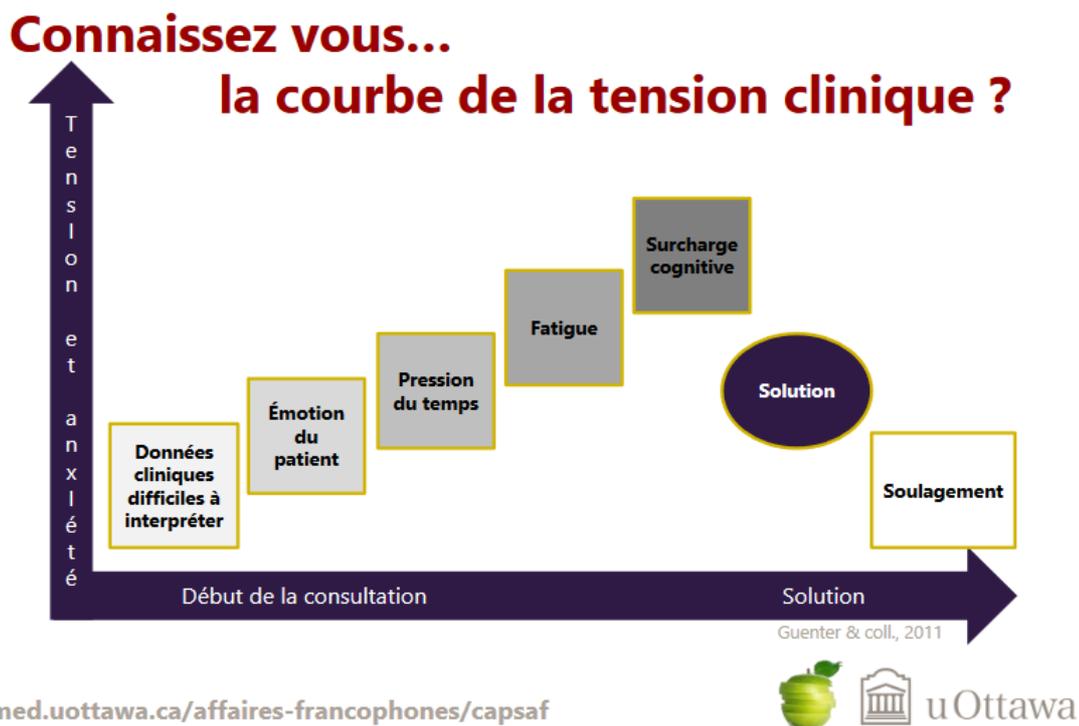


Figure 3 : courbe de la tension clinique [20]

Ne devient pas "gestionnaire de la complexité" [7] qui veut : cela s'apprend. Pourtant, à l'heure actuelle, la préparation des internes au "savoir-agir en situation d'incertitude" reste nettement insuffisante et/ou inadaptée [12;13;16;19;21;23;24;25;26]. La première confrontation puis le vécu de l'incertitude quotidienne sont encore trop souvent douloureux pour les jeunes médecins. La sociologue C.Ritter parle de "phase inévitable de déstabilisation, voire désillusion de par les prises de conscience qu'elle engendre sur le métier choisi" [23] et G.Bloy "d'épreuve cognitive de discordance de 2 principes d'action (axe de la considération de l'expérience du trouble exprimé par le patient versus celui de son objectivation bio-médicale)" [12]. Dans sa thèse, M.Pince évoque une réalité qui lui est apparue "comme une difficulté, surtout après une formation initiale qui, par sa nécessaire rigueur scientifique, ne prépare pas vraiment à gérer cet aspect de la discipline" [21]. A Toulouse, où l'incertitude est pourtant affichée dans les objectifs pédagogiques (prendre conscience de l'incertitude en 1ère année de DES, l'analyser en 2ème année et la gérer en 3ème année), plus de 82% des internes en SASPAS étaient favorables à une formation pour apprendre à gérer et tolérer l'incertitude [13]. La finalité était d'apprendre à gérer l'incertitude dans la pratique pour 98% d'entre eux, d'apprendre à tolérer et vivre avec l'incertitude pour 70% d'entre eux et de comprendre les facteurs à l'origine de cette incertitude pour 24% d'entre eux. Ce constat fait réfléchir quand on sait que les internes en SASPAS sont des étudiants en fin de cursus, leur entrée dans le monde professionnel étant imminente, si ce n'est déjà faite.

III. Problématique et objectifs

Aujourd'hui, le mythe du médecin omniscient et du diagnostic-maladie systématique semblent derrière nous.

L'incertitude est reconnue. L'incertitude diagnostique serait présente dans 70% des consultations d'après l'observatoire de médecine générale de la Société Française de Médecine Générale (SFMG) [27]. Plusieurs travaux ont étudié les déterminants de la tolérance à l'incertitude en médecine générale [1;28;29;30;31], les modes d'accommodation à l'incertitude [12;29], les outils pour mieux tolérer cette incertitude [13;21] dont la gestion du risque grâce à une méthode d'évaluation des dangers à partir des théories de riscologie, appelée cindynique [32]. D'autres ont exploré le vécu des patients face à l'incertitude diagnostique [33] et face à l'incertitude de leur généraliste [50].

La perception de l'incertitude évolue. Celle qui fut longtemps décrite comme un "problème" du généraliste est de plus en plus souvent associée à un nécessaire questionnement... L'incertitude apparaît comme un outil potentiel d'amélioration de qualité des soins et de renforcement de la relation médecin-patient. **Mais comment apprendre le "savoir-agir en situation d'incertitude" à nos étudiants? Que pensent les principaux intéressés de la formation qui leur est dispensée sur le sujet?**

Au vu des enjeux évoqués ci-dessus, il nous a semblé intéressant de recueillir le ressenti des internes de DES de médecine générale à Poitiers sur leur formation au "savoir-agir en situation d'incertitude". L'objectif secondaire était de proposer des pistes d'amélioration de la formation. Notre étude concernait les internes en 3ème semestre d'internat. Nous avons choisi de centrer la réflexion sur l'enseignement hors stage GEP 2 intitulé "Premier recours : prise de décision dans l'incertitude" et sur le stage de niveau 1, seul stage ambulatoire déjà validé par notre population d'échantillonnage.

Rappelons que le but de ce travail n'est en aucun cas de supprimer l'incertitude, cela n'est pas possible. D'autre part, nous avons vu précédemment que, sous réserve d'une bonne gestion, elle se révèle bénéfique. La finalité est bien d'optimiser la préparation des internes qui vont devoir vivre avec l'incertitude durant toute leur vie de médecin généraliste, afin que celle-ci devienne un atout et non un problème.

La motivation à réaliser ce travail est bien sûr renforcée par la riche mais difficile expérience personnelle de cette incertitude qui nous captive souvent autant qu'elle nous mine...

DES DE MEDECINE GENERALE A POITIERS (Promo 2017) [34]

I. Les Enseignements Hors Stage (EHS) : focus sur les GEP

Les EHS comportent les séances obligatoires mensuelles suivantes :

- **10 Groupes d'échange de pratiques (GEP)**
- 9 Séminaires
- 4 Rencontres tuteurées individuelles (RTI),
- 3 Rencontres tuteurées en groupe (RTG)

I.1 Thèmes

En début de DES, chaque étudiant de médecine générale (EMG) s'inscrit sur le bureau virtuel (BV) dans un groupe de GEP de 11 internes appelé "groupe primaire". Ce groupe est figé pour toute la durée du DES afin de promouvoir dynamique, qualité pédagogique et apprentissage. Chaque GEP est thématiqué comme suit :

GEP 1 : Urgences vraies ou ressenties.

GEP 2 : Premier recours, prise de décision dans l'incertitude.

GEP 3 : Le patient derrière son symptôme.

GEP 4 : La consultation avec un tiers.

GEP 5 : Le patient insatisfait ou exigeant.

GEP 6 : La bonne distance.

GEP 7 : Le patient vivant dans un contexte de violence. Entourage et profession.

GEP 8 : Savoir dire non : patient pharmaco-dépendant, demande indue.

GEP 9 : Le patient qui ne s'améliore pas.

GEP 10 : Annonce d'un diagnostic grave.

I.2 Modalités

Le déroulement du GEP est interactif, à la "manière d'un groupe de pairs". Un animateur par groupe favorise les échanges (...). Certaines des situations, choisies par le groupe ou l'enseignant, feront l'objet d'échanges qui seront complétés par une expertise des animateurs sous forme d'un diaporama et d'une bibliographie.

Après l'enseignement, l'EMG devra expliquer brièvement sur sa grille d'écriture et d'analyse de situation de soin, préparée avant la séance à partir d'une situation vécue, en quoi sa pratique, enrichie des échanges, expertises et bibliographie de cette séance, a été éventuellement modifiée.

I.3 Programmation du GEP 2

Le GEP 2 appartient au module M2 "Missions : la démarche médicale en médecine générale (MG)".

Il se compose de 3 séminaires de 6 heures, d'1 séminaire de 3 heures et de 2 GEP dont le GEP 2 de 2 heures.

S1 (6h): La démarche médicale: fondement théorique et implications

S3 (6h): La démarche appliquée: outils de repérage, de choix et de mise en œuvre

GEP 1 (3h): Les urgences vraies ou ressenties

GEP 2 (2h): Le premier recours (tout âge, sexe, contexte, problème): prise de décision dans l'incertitude (sessions fixées aux 6, 14 et 21 juin 2018 pour la promotion 2017)

S5b (3h): Continuité / coordination des soins, réseaux

S7 (6h): Le dépistage et la prévention, la santé publique, éducation thérapeutique/conseil en santé

Les EHS par modules



Figure 4

Maquette des enseignements T1

TC 1ère année - Phase socle 4 séminaires - 2 GEP - 2 RTI - 1 RTG			
Premier semestre		Second semestre	
Novembre	S1 Démarche générale	Mai	S4 Relation Méd/Patient
Décembre	S2 Outils et étapes de la formation	Juin → Grille 2	GEP 2: premier recours, prise de décision dans l'incertitude
Janvier	RTI 1 Journée d'enseignement libre	Juillet	
Février	S3: Démarche appliquée	Août	RTI 2
Mars → Grille 1	GEP 1 Urgences vraies ou ressenties	Septembre	
Avril	RTG	Octobre	S5a Approche globale, complexité, poly pathologies, S5b continuité, coordination des soins, réseaux

Figure 5

II. Enseignements en stage: focus sur le stage de niveau 1 (SN1)

Depuis la révision de la maquette de stages en 2017, sauf dérogation, le SN1 auprès des praticiens agréés-maîtres de stage des universités (MSU) s'effectue au cours de la première année, dite "phase socle".



Figure 6: maquette de DES de médecine générale promotion 2017

Les MSU sont réunis en binômes ou trinômes dont un "maître de stage référent", qui assure la coordination de ces unités pédagogiques.

Le stage SN1 se déroule en trois phases successives : une phase d'observation active, une phase de supervision directe où l'EMG exécute des actes en présence du MSU et une phase de supervision indirecte où l'EMG exécute seul en moyenne 3 actes/jour sur le semestre, le MSU intervenant autant que de besoin [35]. La durée de chacune est modulable en fonction de la rapidité d'acquisition des compétences de l'EMG, avec possibilité de retour en arrière si nécessaire.

Ces étapes sont indispensables à la rétroaction pédagogique. "La supervision directe permet d'observer et d'évaluer les performances psychomotrices, communicationnelles et relationnelles de l'interne. La supervision indirecte permet d'observer et d'évaluer le raisonnement de l'interne et de lui fournir un retour immédiat sur son auto-évaluation. L'action observée ou rapportée est d'abord l'objet d'évaluations : ce qui a été correctement réalisé, ce qui mérite des améliorations, ce qui n'a pas été réalisé et qui aurait dû être fait. Ce sont ensuite les processus réflexifs qui sont questionnés : comment l'interne a-t-il raisonné pour faire face à la situation, s'est-il posé des questions pertinentes par rapport à la situation?" [36].

Chaque MSU a à sa disposition sur le BV des outils de supervision [34] comme les 11 familles de situations [40], la grille qualitative critériée de Calgary-Cambridge, le relevé d'activité quotidienne (RAQ). Ils aident à apprécier la progression de l'EMG au cours du stage. En fin de SN1, les MSU évaluent leur IMG à l'aide d'une fiche d'évaluation/validation préétablie [34].

Le Référentiel de niveaux de compétence [37] leur permet d'estimer le niveau de compétence atteint par l'IMG. Le niveau "novice" correspond au niveau minimal attendu à la fin de la phase socle. Le niveau "intermédiaire" est le niveau espéré en fin de phase socle pour certains descripteurs de compétences liées aux SN1 et au stage d'urgence et le niveau minimum attendu en fin de phase d'approfondissement pour les 6 compétences génériques. Enfin, le niveau "compétent" est le niveau d'autonomie complète d'un "jeune professionnel", espéré en fin de SASPAS ou de DES.

MATERIEL ET METHODE

I. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative descriptive par 12 entretiens individuels semi-dirigés. Ceux-ci ont été menés de Décembre 2018 à Janvier 2019.

L'étude a consisté à recueillir le ressenti des internes en 3^{ème} semestre de DES de médecine générale à Poitiers sur leur formation au "savoir-agir en situation d'incertitude".

II. Chercheuse

Cette étude a été réalisée par une doctorante en médecine générale à la faculté de Poitiers, ayant une activité de médecin généraliste remplaçante depuis 1 an et demi.

III. Population et échantillonnage

L'étude a concerné une population d'internes de médecine générale en 3^{ème} semestre d'internat sur la région Poitou-Charentes.

Les critères d'inclusion ont été les suivants :

- Etre interne de médecine générale
- Etre interne en Poitou-Charentes
- Etre en 3^{ème} semestre d'internat
- Avoir validé son stage de niveau 1
- Avoir participé à l'enseignement hors stage GEP 2 (enseignement obligatoire)
- Etre volontaire et intéressé pour l'étude

Les critères d'exclusion au départ ont donc été :

- Internes d'autres spécialités
- Internes d'autres régions
- Internes d'autres semestres d'internat que le 3^{ème}
- Etudiants ayant fini leur internat
- Interne n'ayant pas validé le stage de niveau 1
- Interne n'ayant pas participé au GEP 2

Pour le recrutement, les participants ont d'abord été contactés par mail, par le biais d'une lettre d'information envoyée sur leur messagerie universitaire (Annexe 1). Le premier contact consistait en la présentation générale du sujet, des modalités de l'enquête, de la durée moyenne de l'entretien dans un souci de transparence et pour que l'enquêté déploie le moins possible de mécanismes de défense [38].

Ils ont ensuite été joints par téléphone directement sur leur lieu de stage afin de convenir d'un lieu et d'une date de rendez-vous pour l'entretien, en cas d'accord oral pour participer à l'étude.

Les entretiens ont été réalisés selon le choix des participants, sur leur lieu de stage pour 11 internes et directement à son domicile pour 1 interne.

Les participants avaient la garantie de l'anonymisation des données enregistrées, d'un droit de regard sur les verbatim et d'être informés des résultats de l'étude.

IV. Entretien

Les entretiens ont été menés à l'aide d'une grille d'entretien individuel (Annexe 3) rédigée par l'enquêtrice. Cette grille a été élaborée selon les principes de rédaction de l'entretien semi-dirigé [38], dans le but de recueillir le ressenti des internes le plus fidèlement possible. Pour cela, elle se compose principalement de questions ouvertes, axées sur le ressenti et l'expression libre d'opinions personnelles. Les questions ont été imaginées à partir d'hypothèses de résultats émises par l'investigatrice après une revue de la littérature non exhaustive sur le sujet.

Le mode de recueil par entretien a semblé le plus pertinent dans le cadre d'une étude "de ressenti" telle que la nôtre. Empreinté au domaine de la psychologie et de l'enquête sociale, il est idéal pour établir "un rapport suffisamment égalitaire entre l'enquêteur et l'enquêté pour que ce dernier se sente libre de donner des informations qui de ce fait sont plus explicatives et plus approfondies" [38]. Comme l'écrit Piaget : "L'art du clinicien consiste, non à répondre, mais à faire parler librement et à découvrir les tendances spontanées au lieu de les canaliser et de les endiguer" [38]. Le choix de réaliser des entretiens individuels semi-dirigés plutôt qu'un entretien par focus group a été motivé par une plus grande faisabilité. En effet, l'adaptabilité de ce mode d'entretien a facilité le recrutement et optimisé le taux de participation parmi notre population d'échantillonnage, constituée de jeunes médecins avec d'importantes contraintes horaires. Le mode d'entretien par focus group obligeant, à l'inverse, à rassembler un nombre suffisant de participants en lieu, date et heure fixés à l'avance.

Le nombre d'entretiens nécessaires à l'enquête n'était pas déterminé à l'avance. Conformément à la règle dans une étude qualitative, le recueil de données a été poursuivi jusqu'à obtention de la saturation des données, c'est-à-dire jusqu'à l'absence de nouvelles données pertinentes au bout de 3 entretiens successifs [39].

Deux entretiens test ont été préalablement réalisés auprès d'internes répondant aux critères d'inclusion. Ils n'ont pas été inclus dans les résultats finaux de l'étude mais ont permis d'affiner la trame de questions.

Six entretiens ont ensuite été menés. Après une première mise au point entre investigatrice et directeur de thèse, la grille d'entretien n'a pas été modifiée mais il a été décidé de faire développer davantage la première partie aux participants, devant des réponses un peu succinctes. Les 6 derniers entretiens ont eu lieu dans cette optique. La principale stratégie d'intervention a été la relance, "en reprenant en écho les propos mêmes de l'interlocuteur pour insister sur l'affirmatif afin d'être sûr de l'exhaustivité des propos" [38].

V. Recueil de données

Les entretiens ont été menés par l'investigatrice entre Décembre 2018 et Janvier 2019. Ils ont été enregistrés sur dictaphone (Olympus) après consentement oral des participants. Les enregistrements ainsi obtenus ont ensuite été intégralement retranscrits par écrit sur documents Word (Verbatims), mot à mot, de façon la plus objective possible, en écoutant l'enregistrement autant de fois que nécessaire. Les retranscriptions ont été anonymisées (Entretiens numérotés de 1 à 12, internes désignés par une lettre de A à L correspondant à l'ordre dans lequel les entretiens ont été menés).

VI. Analyse des données verbatim

Le codage a été réalisé manuellement par l'investigatrice, en deux temps, afin de vérifier que la saturation des données était bien atteinte.

Une relecture de codage a été réalisée en parallèle par le directeur de thèse de l'étude, selon le principe de triangulation des données, dans le but de limiter la subjectivité du chercheur et de mettre en évidence des thèmes passés inaperçus.

RESULTATS

I. Caractéristiques de l'échantillon d'internes

Entretien	Interne	Sexe	Age	Faculté d'origine	Semestre niveau 1	Département GEP 2	Profils des MSU de Niveau 1
1	A	F	24	Bordeaux /Réunion	2	79	H,60 ans, semi-rural F, 50 ans, semi-rural F, 32 ans, semi-rural
2	B	F	25	Poitiers	2	86	H, 40 ans, urbain H, 60 ans, urbain F, 55 ans, semi-rural
3	C	F	26	Nantes	2	17	F, 58 ans, rural H,45 ans, rural H,45 ans, semi-rural
4	D	H	26	Paris VI	2	79	H, 40 ans, urbain F, 35 ans, urbain F, 55 ans, rural
5	E	F	26	Bordeaux	2	16	H,44 ans, urbain H,63 ans, rural F,60 ans, semi-rural
6	F	H	28	Bordeaux	2	16	H, 55 ans, semi-rural H, 55 ans, semi-rural F, 50 ans semi-rural
7	G	F	24	Tours	1	86	H, 60 ans, urbain H, 60 ans, semi-rural H, 40 ans, rural
8	H	F	25	Poitiers	2	79	H, 60 ans, semi-rural H, 50 ans, urbain F, 50 ans, rural
9	I	F	26	Toulouse	1	17	H, 60 ans, rural H, 55 ans, semi-rural F, 50 ans, semi-rural
10	J	F	26	Poitiers	1	17	H, 33 ans, semi-rural H, 58 ans, semi-rural F, 40 ans, semi-rural
11	K	H	25	Bordeaux	2	16	H, 45 ans, rural H, 58 ans, semi-rural H, 50 ans, rural (2 mois)
12	L	F	26	Poitiers	1	79	H, 50 ans, semi-rural F, 35 ans, rural

I.1 Age et sexe

Les internes interrogés avaient de 24 à 28 ans, comptaient 9 femmes et 3 hommes soit un sex-ratio (SR) égal à 0,33.

I.2 Faculté d'origine

Quatre internes avaient fait leur externat à l'université de Poitiers, quatre à l'université de Bordeaux, un à Tours, un à Nantes, un à Toulouse et un à l'université Paris VI.

I.3 Semestre du stage ambulatoire de niveau 1

Huit internes avaient réalisé leur stage ambulatoire de niveau 1 au deuxième semestre contre quatre internes qui avaient réalisé leur stage de niveau 1 dès le premier semestre.

I.4 Rang de choix de la spécialité médecine générale

Tous les internes avaient pour premier choix la spécialité médecine générale sauf une, qui a choisi la médecine générale car elle n'a pas pu avoir la ville souhaitée pour la spécialité convoitée (cardiologie).

I.5 Département du GEP 2

Quatre internes avaient participé au GEP 2 dans le département des Deux-Sèvres, trois en Charente, trois en Charente-Maritime et deux dans la Vienne.

I.6 Profils des MSU du stage ambulatoire de niveau 1

Les groupes de MSU étaient organisés en trio mixte, sauf un qui était un duo et deux qui étaient exclusivement masculins.

II. L'incertitude vue par les internes de médecine générale en 3ème semestre de DES de médecine générale à Poitiers

II.1 Perception de l'incertitude

Malgré quelques difficultés que nous aborderons par la suite, la grande majorité des internes semblent percevoir spontanément l'incertitude, ce qui rejoint les résultats d'autres études [21;23]. Lorsqu'on leur pose la question, certains en font le constat "Je dirais que l'incertitude, ça fait souvent partie du stage quoi" (1,A,I). Pour d'autres, elle sonne presque comme une fatalité, une réalité attendue et inévitable allant de paire avec le choix de la médecine générale "(...) fin pour moi, en médecine générale, tu dois t'attendre à avoir de l'incertitude et faut apprendre à la gérer" (5,E,I).

En effet, certains avaient déjà abordé le sujet de l'incertitude entre pairs ou seniors "J'en avais déjà entendu parler avant (l'incertitude), on en parle déjà entre nous" (6,F,II). D'autres l'avaient évoqué avec des connaissances déjà médecins "C'est quelque chose qu'on découvre ben à force d'en discuter, que ce soit avec des gens qu'on connaît qui sont déjà médecins (...)" (11,K,I). Une interne dit en avoir entendu parler en EHS "On en a entendu parler en GEP ou même parfois peut-être dans les séminaires, le mot "incertitude" on en a entendu parler forcément et même dans le

quotidien, ben on utilise pas tout le temps le mot mais on le vit au quotidien donc euh..." (9,I,I). Mais souvent, le début des stages d'interne est le premier contact concret avec l'incertitude "(...) ou tout simplement ben s'en rendre compte lors des stages ben aux urgences, on s'en rend bien compte(...)" (11,K,I) "Ouais, je m'y étais préparée et puis en plus en stage de niveau 1, j'ai pu le constater du coup (...)" (10,J,I).

II.2 Analyse de l'incertitude

Ayant perçu l'incertitude, les internes en font une analyse.

II.2.a Près de la moitié d'entre eux décrivent l'incertitude comme **inhérente à la médecine de "premier recours"**, en lien direct avec la médecine générale et les missions du généraliste. Cela implique d'apprendre à la gérer sur la durée.

"Qu'on doit travailler avec tout au long de notre cursus et que ça fait partie intégrante de notre spécialité" (2, B, I) "Que ça fait partie justement de la spécialité, puisqu'on est en premier recours. Qu'il faut apprendre à la gérer" (2,B, I) "C'est propre à la médecine générale" (4,D,I) "Pour moi, en médecine générale, tu dois t'attendre à avoir de l'incertitude et faut apprendre à la gérer" (5,E,I).

Les internes soulignent l'une des spécificités de la médecine générale dans le "savoir-agir en situation d'incertitude" : c'est une médecine de terrain avec, souvent, peu de moyens disponibles sur place. D'autant plus si elle s'exerce en zone rurale.

"On a pas le même plateau technique quand on est en médecine générale que quand on est à l'hôpital (...) on peut pas forcément avoir aussi rapidement que quand on est à l'hôpital (...) surtout quand on est en rural" (7,G,I).

II.2.b L'incertitude étant inhérente au premier recours, elle est perçue comme fréquente voire **quotidienne** en médecine générale par 5 internes sur 12.

"C'est pas monnaie courante en médecine générale mais...(5,E, I) (...) on le vit au quotidien donc euh...(9,I,I) C'est un peu enclavé dans la pratique quoi, tous les jours tu vas forcément avoir un cas où y a un peu de l'incertitude en médecine générale" (10, J, I).

Un interne fait indirectement le lien entre incertitude et temps limité de consultation en médecine générale.

"C'est aussi fréquent d'être sûr entre guillemets du diagnostic que pas sûr, parce qu'on voit le patient à un instant T (...)" (11,K,I).

II.2.c Dans la continuité, la médecine générale plaçant le patient au premier plan, l'incertitude est perçue par plusieurs internes comme une notion **non formatée, inhérente à l'homme** : au patient d'abord, avec sa personnalité, son profil bio-psycho-social, son niveau d'autonomie ; mais aussi au médecin, avec sa personnalité, son histoire de vie et sa formation.

"Du fait qu'il y ait sans cesse des atypies quoi, dans ce que disent les gens" (4,D,I) "En méd' gé',

c'est la vraie vie" (5,E,I) "T'as plein de patients qui viennent...ça rentre pas forcément dans les cases quoi" (5,E,I).

Ils soulignent que cela implique un très grand nombre de réponses possibles face à une même situation. Sûrement autant que de médecins et de patients réunis.

"Tu pourrais interroger 100 médecins, y en aurait pas un seul qui ferait la même chose, qui aurait la même conduite à tenir" (10,J, I) "Faut composer avec tous les éléments qu'on a et la même incertitude se traduira pas par la même attitude selon les patients" (11,K,I).

Cette vision s'oppose à la formation hospitalo-centrée dispensée jusque là. Leur référence principale est l'enseignement théorique dual reçu durant le second cycle, où "la logique de transmission de savoir domine" [23] et où "l'étudiant qui est le plus souvent receveur passif de vérités certaines, apprend à envisager la maladie ou le diagnostic comme une entité du « tout ou rien »" [23] : "On apprend trop de détails en fait, qui ne sont pas forcément utiles et qui nous amènent pas forcément à réfléchir" (5,E,I).

Conditionnés ainsi, les étudiants réalisent en début d'internat, notamment en stage de niveau 1, que **la formation qu'ils ont reçue jusque là ne correspond pas aux besoins de leur vie professionnelle future** : "Nous, on nous apprend des listes de trucs qui permettent de regrouper en syndrome machin, et en gros, rien n'est comme ça quoi, c'est toujours des trucs foireux" (4,D,I). Ils constatent le leurre de ce "modèle qui repose sur la dualité « blanc - noir », quand la réalité se situe entre les deux, avec toutes les teintes de gris imaginables, particulièrement quand les cliniciens cherchent à satisfaire les besoins individuels des patients" (Naylor, 1995) [23].

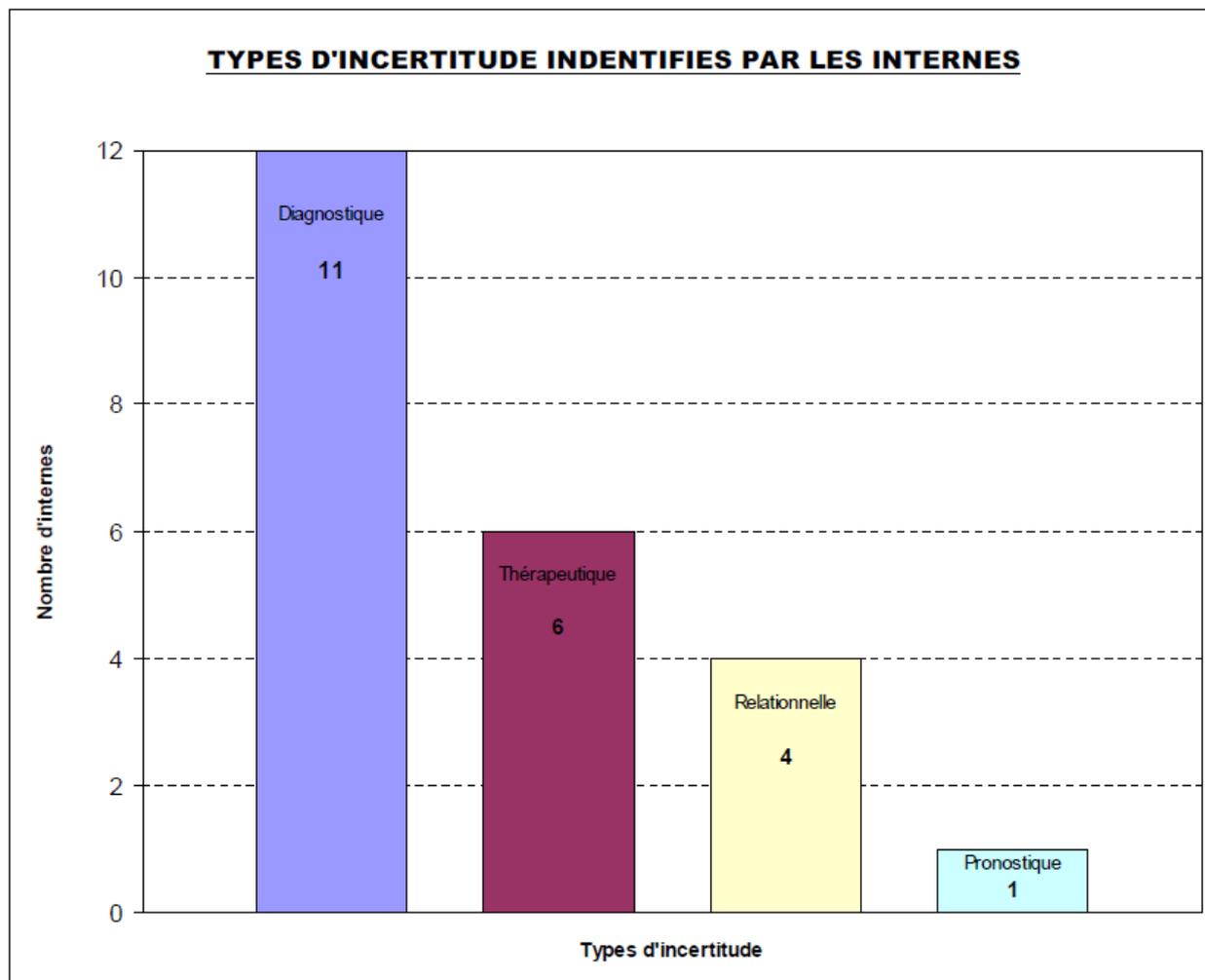
"Dans les bouquins, on te dit « oui, tu donnes tel traitement, tel traitement », sauf que le patient il te dit « ah ben ça, j'en ai déjà pris et j'en veux pas et machin »..." (5,E,I).

Dans ce modèle traditionnel, le médecin doit savoir : "Je pense que dans nos études, on nous a toujours dit « il faut savoir ce qui se passe, on veut le diagnostic, on veut ça » et en fait en médecine générale, il y a beaucoup de consultations où on sait juste pas du tout ce qui se passe" (7,G, III). "Faire part de ses doutes est en général assimilé à une faiblesse (...)" [23] et synonyme d'insuffisance de connaissances : "On est à l'hôpital et on nous dit « qu'est ce qu'il a le patient » et si tu sais pas répondre, ben c'est que t'as pas bossé ton dossier quoi..." (7,G, III).

"Quand l'école enseigne à résoudre des problèmes, elle encourage à trouver une bonne réponse, unique, à ceux qui sont déjà posés, et non à les identifier avant de proposer diverses solutions et de choisir la moins mauvaise ou la plus satisfaisante dans un contexte et une situation donnée" [23] : "Quand on est externe, on nous dit « il faut le diagnostic » et puis sur les QCM, on tombe sur un diagnostic à chaque fois. Et après on se rend compte que dans la vie, c'est loin d'être la règle" (11,K,I).

II.3 Les types d'incertitude

Le constat ci-dessus se retrouve dans les types d'incertitude identifiés par les internes qui envisagent, avant toute chose, l'incertitude diagnostique.



II.4 Les niveaux d'incertitude

Notons que dans leur analyse de l'incertitude en médecine générale, les internes distinguent différents niveaux :

II.4.a En lien avec le médecin :

- Insuffisance ou oubli de connaissances par le médecin

"L'incertitude du médecin qui peut aussi ne plus savoir quoi faire même s'il y a des recommandations" (3,C,1) "Le manque de connaissance ou l'oubli des connaissances surtout" (3,C,I) "On est pas sûr de toutes les réponses aussi, c'est normal, on n'a pas toutes les connaissances" (9,I,I).

- Difficultés du médecin à distinguer ses propres insuffisances de celles de la médecine

"Après avec l'expérience, on sait plus facilement dire au patient « ben écoutez, là je peux pas vous répondre, je n'ai pas assez d'éléments » sans culpabiliser on va dire; peut-être qu'au début, quand on dit ça au patient, on a l'impression que c'est nos connaissances, nous même qui allons être mis en cause, alors que ben en fait pas du tout hein, c'est la médecine" (9,I,I).

- Facteur influençant : la personnalité du médecin. Beaucoup d'« anxieux » chez les internes...

"J'ai tendance à toujours douter en permanence" (1,A,I) "Mais je suis anxieuse de manière générale donc euh.." (3,C,I) "Moi je suis quelqu'un de très stressé(e) de base (...)" (7,G,I).

II.4.b En lien avec la science : absence de recommandations/protocoles bien définis pour un problème donné

"Des choses qui sont pas établies, où y a pas de recommandations claires" (3,C,I) "Ben on a pas des protocoles bien clairs pour chaque truc donc on a toujours une part d'incertitude" (9,I,I).

II.4.c En lien avec les spécificités du premier recours

-Le patient dans le champ biopsychosocial

"Des fois, tu peux être dans l'incertitude tout simplement parce que t'as pas assez de données, fin voilà, c'est inhérent à la situation de la personne" (10,J,I) "Après, tu vois aussi en fonction de ton patient ...le patient, si il vit seul isolé, ta prise en charge est pas tout à fait pareille aussi" (5,E, II. b). Niveau d'autonomie estimé dans la relation médecin-patient (4 niveaux de négociation de Bothelo) et observance prévisible

"(...) en fonction de la population, en fonction de l'âge du patient, en fonction de s'il est « cortiqué ou non » hein, faut composer avec tous les éléments qu'on a et la même incertitude se traduira pas par la même attitude selon les patients" (11,K,I) "(...) y a l'incertitude aussi sur le patient, est-ce qu'il va être bien observant (...)" (9,I,I).

-Facteurs influençants : conditions d'exercice du médecin

Cabinet de groupe vs exercice solitaire

"Savoir donc quelle est la meilleure prise en charge adaptée pour le patient, quand t'es tout seul dans ton cabinet c'est pas forcément toujours évident" (8,H,I) "Je trouve que le fait d'être plusieurs, ça permet de par exemple se référer à, demander conseil donc ça diminue l'incertitude" (8,H, I).

Équipement médical à disposition

"Après, diminuer ton incertitude aussi par exemple (...) au niveau du matériel disponible au sein de ton cabinet, l'électro, le saturomètre..." (8,H, I).

Lieu d'exercice, accessibilité au plateau technique

"Tout ce qui est prise de sang, imagerie, on peut pas forcément avoir aussi rapidement que quand on est à l'hôpital et aussi facilement surtout quand on est en rural" (7,H, I).

II.5 Vécu de l'incertitude

Les spécificités décrites ci-dessus peuvent avoir plusieurs conséquences sur les internes :

-Le vécu de l'incertitude comme perturbante, ce sentiment étant amplifié par l'absence de formation sur l'incertitude ou, plus grave encore, par la tromperie de l'enseignement classique, qui laisse à croire que la médecine est duale et l'incertitude inexistante.

-Le vécu de l'incertitude comme motivante, comme une richesse du métier de généraliste, un moteur qui offre une infinité de manière d'exercer.

Soulignons que ces deux vécus ne sont pas incompatibles, plusieurs internes ayant expliqué être à la fois perturbés et motivés par l'incertitude.

II.5.a Au quotidien, pour 10 internes sur 12, l'incertitude est **perturbante, source de remise en question** permanente. La palette des sentiments qu'elle leur évoque est large, allant de la "petite dose de stress" , quelque chose de "pas toujours facile à gérer" jusqu'aux sentiments de "culpabilité", de "peur" voir de "panique".

"Je dirais le doute plutôt" (1,A,I) "(Peur) de passer à côté d'un diagnostic grave sur des symptômes qui ne paraissaient pas très importants au début" (2,B, III) "L'incertitude diagnostique pour moi, personnellement, c'est toujours assez déstabilisant" (2,B,I) "Un petit peu d'anxiété dans certaines situations où après on peut y repenser, se dire finalement, j'ai peut-être pas fait ce qui fallait" (3,C,I) "(...) j'étais pas du tout paniqué mais on peut comparer ça à de la..." (4,D, IV) "C'est pas toujours facile à gérer je pense... parce qu'on aime bien savoir en médecine (...)" (7,G,I) "Peur de faire une erreur, de passer à côté de quelque chose ou... La peur, entre guillemets" (8,H,I) "(...) quand tu rentres de ta journée de travail, t'as un peu la culpabilité de te dire : est-ce que j'ai fait le bon choix? (...) une petite dose de stress en se disant, je suis pas complètement sûre de ce que j'ai fait, est-ce que j'ai pas fait un truc de travers quoi..." (10,J,I).

II.5.b Notons que malgré les difficultés rencontrées, pour 4 internes sur 12, l'incertitude peut aussi être une réelle **source de motivation**.

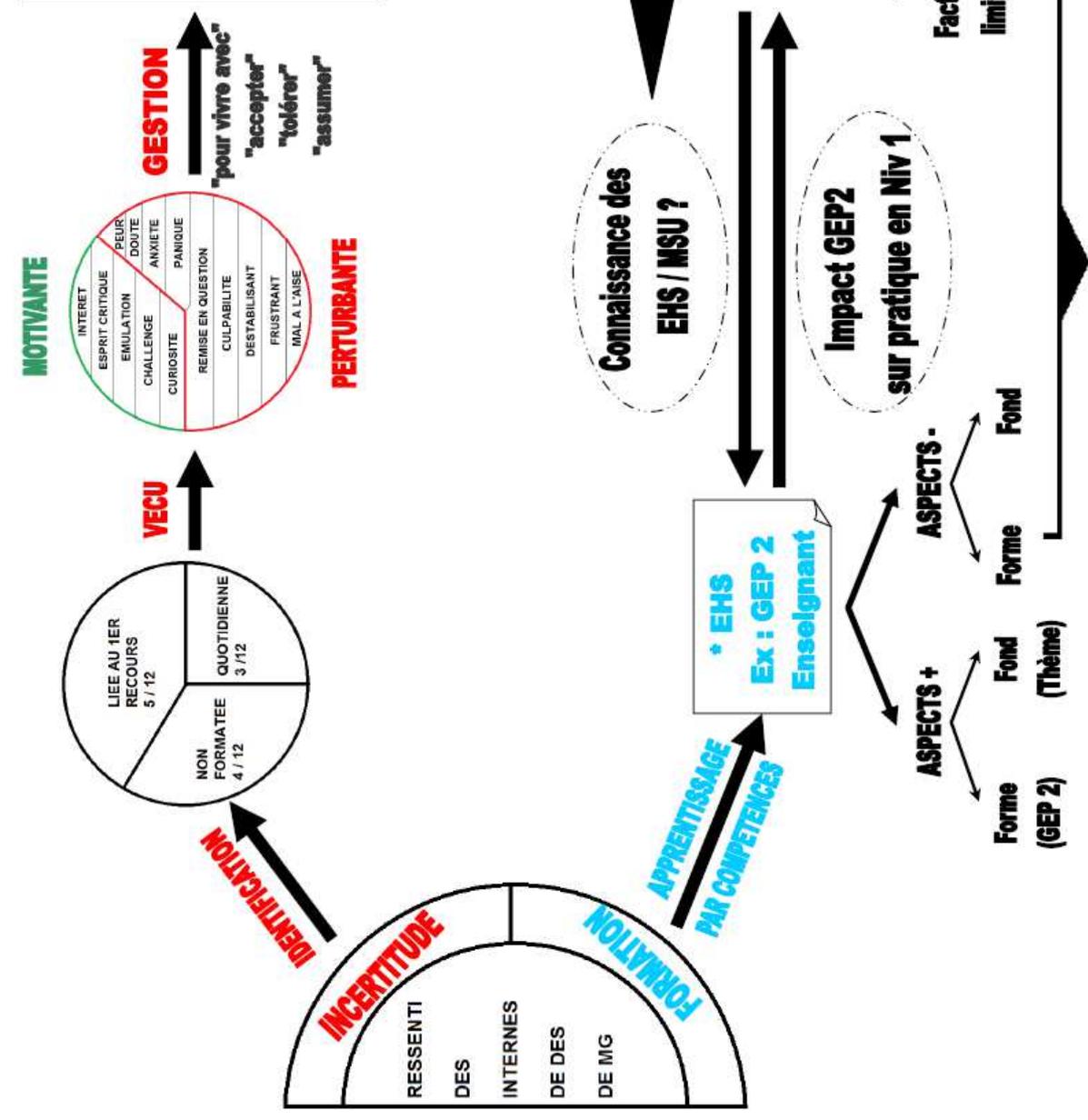
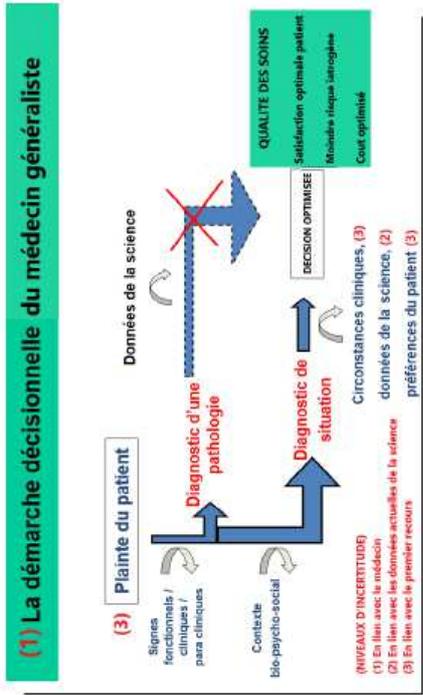
"Savoir garder son esprit critique" (1,A,I) "De la curiosité" (6,F,I) "De l'émulation, c'est intéressant, c'est un challenge" (6,F,I) "Des fois, y a pas d'intérêt pour le patient, c'est juste un intérêt intellectuel pour le médecin" (7,G,I).

II.5.c Ces internes font alors de l'incertitude un moteur de questionnement et d'approfondissement des savoirs. **Ils ont bien intégré la place centrale de l'autoformation dans l'apprentissage du "savoir-agir en situation d'incertitude"** comme dans leurs apprentissages en général. Ils savent identifier leurs besoins de formation "justement, se dire « je sais pas », donc faut que jbosse un peu le sujet (...)" (6,F,IV b) et mesurent l'importance de réactualiser leurs connaissances "c'est le moment de revoir" (6,F,IV b) ; et ce, tout au long de leur carrière "ça, je pense que je ferais ça toute ma vie(...)" (11,K,III). Ils ont une bonne connaissance des sites d'aide à la prescription "Après

y a des sites type antibioclic ou des reco HAS et un autre site qui étaient assez pertinents je trouvais (6,F,II b) L'ordinateur j'ai plusieurs euh, ça peut être pediaclic, gestaclic pour les grossesses, antibioclic très pratique, et le Vidal pour les thérapeutiques" (11,K, III) **et des sites institutionnels** "Quand j'étais pas trop sûre (...) j'allais chercher sur les reco, j'allais taper dans les collèges nationaux" (10,J,III).

On entrevoit ici l'espoir de faire de l'incertitude un outil d'amélioration de la qualité des soins, à condition d'y associer une formation au "savoir-agir en situation d'incertitude" adéquate...

L'objectif principal de notre étude était justement de recueillir le ressenti d'internes sur leur formation actuelle au "savoir-agir en situation d'incertitude". L'objectif secondaire était de lister les modifications envisageables afin de tenter d'améliorer la formation actuelle.



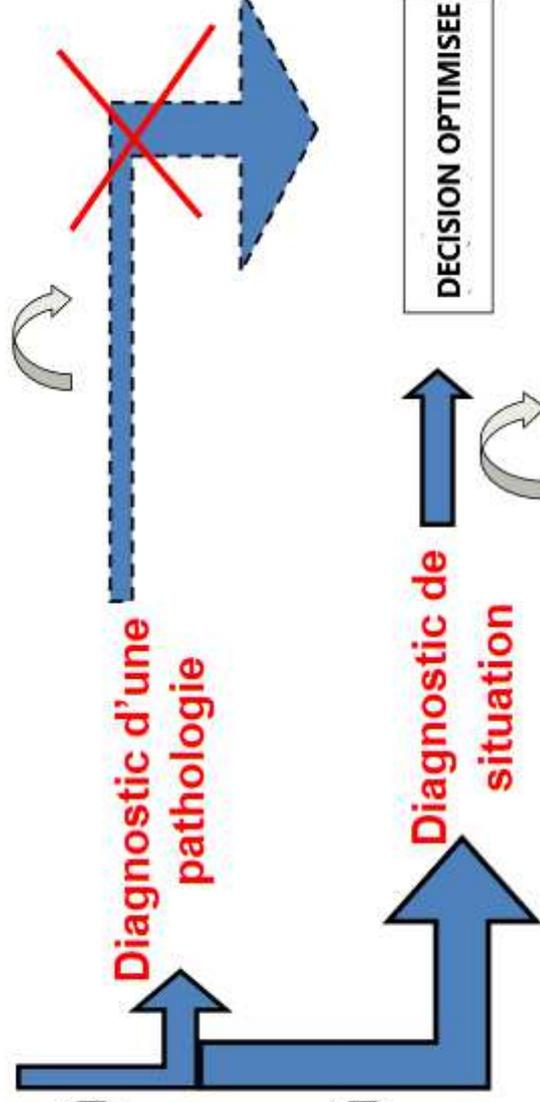
(1) La démarche décisionnelle du médecin généraliste

(3) Plainte du patient

Signes
fonctionnels /
cliniques /
para cliniques

Contexte
bio-psycho-social

Données de la science



Diagnostic d'une
pathologie

Diagnostic de
situation

DECISION OPTIMISEE

QUALITE DES SOINS

Satisfaction optimale patient

Moindre risque iatrogène

Cout optimisé

Circonstances cliniques, (3)

données de la science, (2)

préférences du patient (3)

(NIVEAUX D'INCERTITUDE)

(1) En lien avec le médecin

(2) En lien avec les données actuelles de la science

(3) En lien avec le premier recours

III. Objectif principal : évaluation du ressenti des internes en 3ème semestre de DES de médecine générale à Poitiers sur leur formation au "savoir-agir en situation d'incertitude"

III.1 Formation hors stage au "savoir-agir en situation d'incertitude" : exemple du GEP 2

III.1.a Les aspects positifs

Concernant la forme,

Les internes apprécient le partage d'expériences "à la manière d'un groupe de pairs" "ça permet échanger avec d'autres internes qui sont un peu dans la même situation que nous" (2,B,IV) "C'est vraiment intéressant parce que chacun fait part de son ressenti" (6,F,II a).

Ils soulignent une bonne cinétique de groupe "bonne ambiance" (7,G,II a) "pas de jugement" (5,E,II a) qui permet d'ouvrir sur un "débat vraiment animé" (2,B,II a), une "discussion entre tout le monde" (9,I,II a) "c'était très participatif" (10,J, IV a).

Cette confraternité est favorisée par le système du groupe primaire, groupe figé pour toute la durée de l'internat, mis en place à partir de la promotion 2017 "Comme on se connaît un petit peu, c'était plus sympa" (5,E,II a) "on a le même groupe tout le long donc du coup, on est un bon groupe"(9,I, II a). Les buts premiers du groupe primaire de promouvoir dynamique, qualité pédagogique et apprentissage semblent atteints.

Concernant le fond,

Le GEP 2 est une aide pour identifier l'incertitude "mettre des mots sur ce qui est inconscient et sur ce qui se fait un peu plus naturellement" (11,K,I).

Des internes ont soulignés la pertinence de faire un GEP sur le thème de l'incertitude car "(...) primordial en médecine général "(3,C,II b) "vraiment un thème qui nous concerne" (12,L, II a).

Les cas présentés autour de la notion d'incertitude ont été jugés pertinents "(...) ça relevait bien de l'incertitude" (8,H,I).

Les internes apprécient d'avoir affaire à un enseignant à l'écoute "il intervenait pas tout le temps pour nous recadrer, il nous laissait discuter" (7,G,II,a) et qui possède l'expérience de la médecine générale "cas concrets" "de l'expérience à partager" (10,J, IV a).

Plusieurs étudiants ont évoqué les diapos et en ont retenu les concepts de "savoir utiliser le temps" (2,B,II a/b) , d'informer le patient qu'on est dans l'incertitude" (7,G,II a). Une interne dit avoir été captivée "je me souviens que j'avais pris plein de notes" (10,J,II b).

Au final, les facteurs identifiés par les internes comme favorisant l'impact du GEP 2 sur leur pratique en stage sont :

-Le fait de relativiser le sentiment d'incertitude "L'incertitude en fait il y en avait souvent" (...) (8, H, III) "on se rend compte qu'on est tous, ben voilà, y a pas mal d'incertitude dans chaque situation" (6,F, II a) jusqu'à le normaliser "le fait que bah, l'incertitude c'était normal " (9,I,II b).

-Le fait de prendre conscience de leur propre raisonnement, d'apprendre à se connaître en situation d'incertitude "Je le faisais déjà peut-être inconsciemment, mais ça m'a, justement, si jamais j'étais dans une situation d'anxiété, à dire « oh là là qu'est ce que c'est », ben je .. que j'essaie d'avoir les pieds sur terre" (3,C,II b).

-Le fait d'apprendre à structurer sa démarche "rester carré" (3,C,II b) en fonction de la prévalence des pathologies "catégoriser (...) selon la probabilité diagnostique " (3,C,II b).

-Le fait de prendre du recul sur des situations vécues "Je pense que ça m'a rassurée, parce que cette dame, je savais pas si on avait bien fait en fait surtout ...ça m'a rassurée sur le fait que, finalement, on avait bien fait de lui expliquer clairement ce qui se passait " (7,G,II b), et ce en contextualisant puis en décontextualisant "Je pense que si je vois un patient au cabinet, je me poserais peut-être plus la question du type de transport par rapport à la clinique " (1,A, II b).

-Le fait de véhiculer des concepts du "savoir-agir en situations d'incertitude". A ce stade de leur formation, les internes sont capables d'en identifier plusieurs :

1. Eliminer le diagnostic urgent ou grave

"Et puis aussi quand même penser aux choses graves" (3,C,II b) "(Quand y a pas le feu ?) Que c'est pas urgent et qu'on sait qu'on a pas de diagnostic" (3,C,III) "(démarche probabiliste?) Ben c'est qu'on élimine le plus grave (...)" (6,F,II b).

2. Assumer sa propre incertitude

"L' incertitude diagnostique, voilà, c'est quelque chose qu'il faut assumer et accepter quand on est médecin généraliste" (6,F,II a) "(...) à moment donné, il faut accepter de pas savoir (...)" (6,F,IV b) "En cabinet libéral du coup, j'ai appris qu' il fallait accepter le fait de ne pas être sûr parce que déjà, c'est pas forcément grave donc le traitement symptomatique peut suffire, l'essentiel c'est que ça guérisse et puis voilà" (11,K,I).

3. Verbaliser son incertitude au patient

"Assumer le fait que ça peut ne pas être ça, en prévenant le patient..." (6,F,II a) "Je me souviens de l'information principale (...) toujours informer le patient qu'on est dans l'incertitude, (...)" (7,G,I) tout en associant une attitude bienveillante "Tu lui montres (...) que même si tu sais pas t'essaies de l'aider "(7,G,I). Le patient est ainsi intégré dans le

processus décisionnel "(...) lui expliquer qu'on savait pas ce qu'il avait et que on faisait, euh, sans savoir quoi (...) et puis tu le fais participer à la décision quoi" (7,G,I). Le but est la prise de décision partagée, quand cela est possible. Pour les étudiants, les patients seraient favorables au partage de l'incertitude par le médecin "(...) que c'était pas forcément non plus mal perçu par le patient d'avouer qu'on savait pas trop" (8,H,II b) "(...) la plupart des patients sont très aptes à comprendre que, à ce moment là, on peut pas répondre forcément à la question précise (...)" (9,I,I).

-Utiliser le temps comme allié

"(...) ce qui m'a vraiment le plus marquée c'est « savoir utiliser le temps », et que j'utilise, voilà" (2,B,II b) "Et aussi de se laisser le temps quand y a pas le feu" (3,C,III) "(Technique des MSU en situation d'incertitude?) Leur temporisation beaucoup (...)" (4,D,III) "Alors qu'en médecine gé, on voit quelqu'un qui tousse, d'abord on voit comment ça évolue quoi (...) On se donne du temps quoi" (7,G, III).

Ils s'appuient sur la possibilité de revoir le patient en cas d'évolution défavorable "Fin, quand tu fais ton examen tu vois aucun signe de gravité donc c'est rassurant et puis tu lui dis que tu vas le revoir et ça le rassure aussi je pense ou alors que si ça empire, il peut revenir quoi" (7,G,II b) "Ce qui est intéressant en médecine gé', c'est que tu te laisses la possibilité de revoir ton patient dans la semaine si jamais euh.." (10,J,I).

III.1.b Les aspects négatifs

Concernant la forme,

Sur la question de la programmation, les avis divergent : pour certains, le GEP 2 surviendrait trop tôt par manque de recul "pas assez de recul" (3,C, II b) ; mais en même temps, "ça m'a pas permis d'adapter des nouveaux comportements puisque que c'était dans le passé" (10,J,III). Et donc finalement, le GEP 2 aurait lieu trop tard "c'était peut-être un peu tard" (8,H,III).

Les internes dénoncent l'aspect enseignant-dépendant : le manque de dynamisme "dans ce GEP, il nous avait laissé beaucoup la parole et finalement l'intervenant était un peu en retrait, c'était pas assez dynamique" (1,A,II a) et la répartition inégale du temps de parole entre internes "Nous on avait un groupe où y avait une fille qui parlait en permanence et qui monopolisait la parole (...) c'est un peu dommage parce que tout le monde peut pas partager à temps égal le temps de parole et dire ce qu'il a d'intéressant à dire" (10, J, II a).

Une interne juge le nombre de cas présentés (en général 2) insuffisant "on ne discute que de quelques cas" (2,B,II a) "C'est vrai que quand y en a un ou deux (cas) ça suffit pas" (2,B, II a).

Un étudiant regrette le choix des cas en sous-groupes plutôt que dans le groupe primaire "on était réparti en petits groupes de 4 ou 5 et entre ces 5 personnes, on choisissait ... on entendait pas ceux (les cas) des autres, c'était un peu dommage" (10,J,II a).

Le format diapos en séance plénière donne lieu à des avis contrastés mais globalement négatifs : 2 internes trouvent le temps dédié trop long "c'est beaucoup trop long" (4,D,II a) "c'est quelque chose qui tue la pédagogie clairement; ou à la limite, faut que ça dure 5-10 minutes, sinon on peut vite lâcher" (6, F, II a) tandis qu'une autre trouve qu'à l'inverse, "c'est peut-être un petit peu rapide...". Pour elle, "la question de l'incertitude, ça ne peut pas vraiment se résumer à des diapos je pense, c'est plutôt au cas par cas" (3,C,II a). Justement, les répondants rapportent des difficultés pour décontextualiser "c'est difficile à généraliser par rapport à son cas à soi " (2,B, a/b).

Une interne rapporte un problème d'accessibilité aux diapo sur l'ENT dans les suites de l'enseignement "on ne retrouve que les anciennes diapositives d'il y a quelques années" (2,B,II a).

Concernant le fond,

Plusieurs internes jugent le contenu trop général "C'était beaucoup de la logique" "un peu les formalités de comment ça se passe en médecine générale" (10,J,III) "C'était que des choses évidentes et qu'on faisait déjà (...)" (12,L,IV a).

Le thème était décrit comme "un peu vague" (8,H,II b)(11,K,II a), méritant d'être précisé, notamment concernant le type d'incertitude dont on parle "(...) après, s'ils parlent de toutes les incertitudes, il faudrait mettre « quels que soient les types d'incertitude »; mais ils pourraient préciser un petit peu" (11,K,II a).

Une interne a trouvé le thème redondant par rapport au GEP 1 "ça se superposait un peu avec le premier thème, qui s'appelait "urgence, premier recours, je crois" (7,G,II a).

L'aspect enseignant-dépendant est dénoncé, une interne regrettant le manque d'intervention de l'enseignant "ils sont pas trop intervenus en fait (...) on était quand même un peu plus cadrés (en GEP 3) et c'est vrai que les échanges ont été plus constructifs" (8,H, I). Les interrogés attendaient un encadrement des débats "je m'attendais plus à avoir quelque chose de plus carré... qu'il dise « ben, il aurait plutôt fallu faire comme ci, comme ça » "(3,C,II a), voire des "réponses", "solutions" (1,A,II a)(12,L, II b).

Une interne dit même "Après, les GEP, je trouve pas que ça apporte forcément des réponses sur comment prendre les choses en charge, parce qu'au final, ça change pas, on est toujours confronté à l'incertitude" (12,L,II a). Souhaite-t-elle supprimer l'incertitude ? Pense-t-elle que c'est la vocation de la formation dispensée ? Rappelons qu' "une formation à l'incertitude ne conduit pas à l'autosuffisance dans la mesure où la personne se remet constamment en question" [23].. Encore une fois, le but n'est pas de supprimer l'incertitude!

A l'image de leur ressenti sur le contenu global du GEP 2, le contenu des diapos n'a pas convaincu les internes. Il n'a pas su retenir leur attention "ça m'a pas marqué hein" (1,A,II b) "ça me parle pas du tout en fait" (4,D,II a) "elles m'ont pas marquée plus que ça" (7,G,II a). Il leur a paru comme manquant d'intérêt voir carrément ennuyeux "ça m'a pas été très utile" (6,F,II b), "pas mal de blabla " "un peu chiant" (11,K, II b).

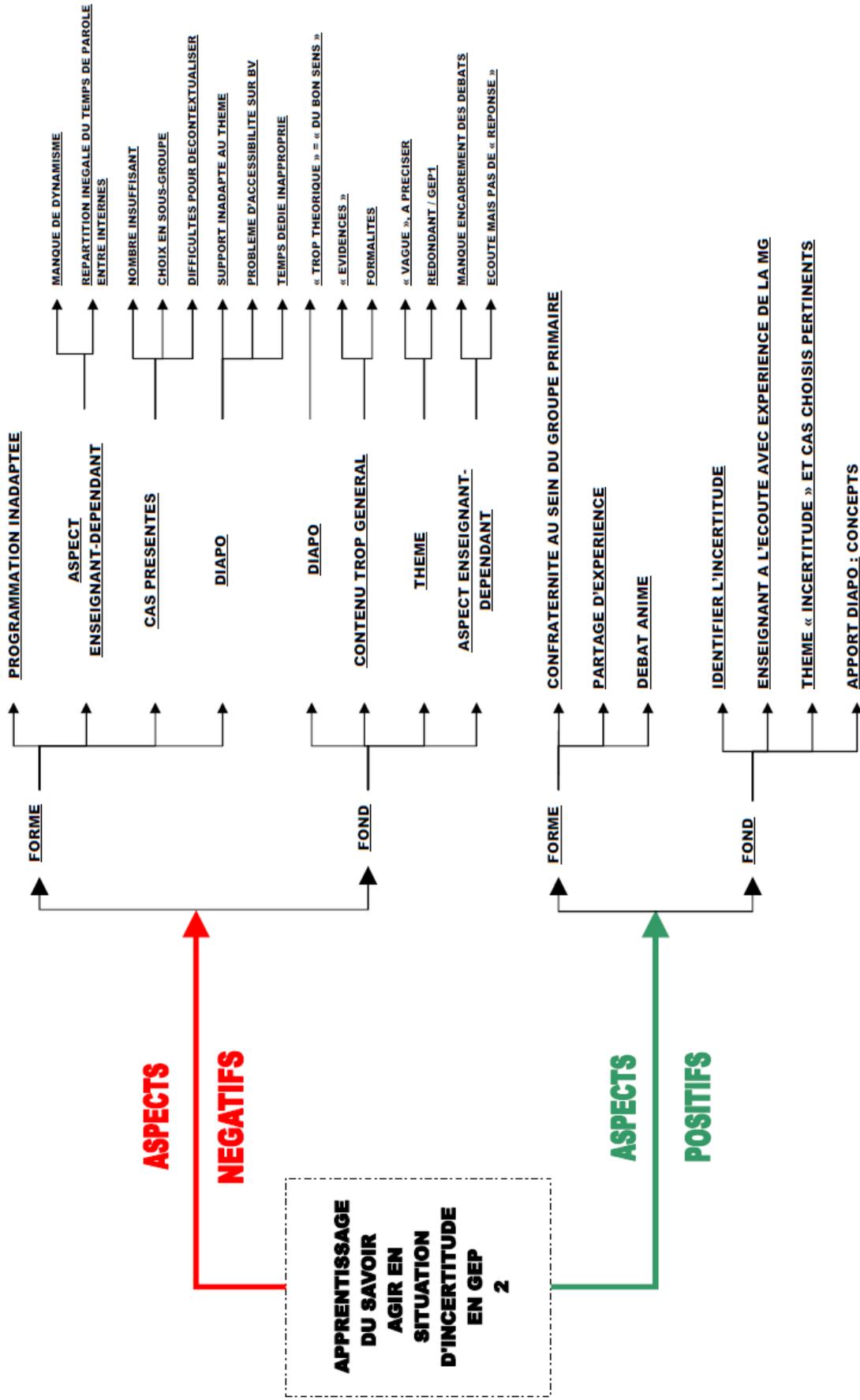
Au final, les facteurs identifiés par les internes comme limitant l'impact du GEP 2 sur leur pratique en stage sont :

- Le contenu perçu comme trop général "beaucoup de la logique " "les formalités" (10,J,III).
- Les internes ont le sentiment d'apprendre plus de leurs MSU et de leur pairs en situation authentique d'exercice (stage) qu'en GEP 2.

"Honnêtement non, ce qui a un impact, c'est surtout le retour de mes seniors quand je suis en stage et aussi le dialogue avec mes co-internes" (6,F, IV) "(...) sur ce thème là, la gestion de l'incertitude, c'est plus mes MSU qui m'ont apporté des choses en étant en stage avec eux (...) que ce GEP en soi" (11,K,II a) "Je pense pas que c'est le GEP qui m'a aidée forcément, moi c'est surtout quand j'ai fait mon stage au niveau des urgences, le fait qu'on est beaucoup plus laissé tout seul à se débrouiller avec les patients et que du coup, ben faut faire avec et prendre des décisions" (12,L,II b).

Allant même jusqu'à cliver GEP 2 et reste de l'enseignement "je trouve qu'y a pas forcément besoin de faire référence à un GEP pour en discuter (de l'incertitude), les GEP pour moi c'est à part quoi" (11,K,III).

III. 1 APPRENTISSAGE DU SAVOIR-AGIR EN SITUATION D'INCERTITUDE EN GEP 2



III.2 Formation en stage au "savoir-agir en situation d'incertitude" : exemple du stage de niveau 1

III.2.a Difficultés ressenties par les internes en situation d'incertitude en stage

Pour les internes, la difficulté première est de prendre conscience de l'incertitude, réalité jusque là occultée voir niée "En fait, elle (MSU) me disait que souvent on avait un peu de mal à trouver le cas parce que l'incertitude justement peut-être qu'on y avait affaire sans qu'on s'en rende compte (...) dans la journée on avait vu une patiente et c'est vrai que j'avais pas pensé que ça pouvait coller" (8,H,II a) "Et ben voilà, que finalement, y avait beaucoup plus d'incertitude qu'on le pensait dans beaucoup de situations" (8,H, II b).

En situation d'incertitude, la majorité des internes rapporte un manque de confiance en eux :

-Parfois par manque d'expérience (connaissances pratiques)

"(...) j'osais pas prescrire tant que j'avais pas l'accord du MSU en situation d'incertitude. J'estimais que j'ai pas assez d'expérience pour pouvoir juger et avoir le dernier mot quoi" (1,A,III) "(Qu'est ce qui pourrait faire progresser cette confiance?) L'expérience, le fait d'être confronté à certaines choses" (2,B,III) "C'est assez difficile de faire adhérer le patient quand on pas, euh, cette confiance en soi qu'ont les praticiens avec leur niveau d'expérience" (2,B,III) "Comme je manquais un peu d'expérience aussi, de m'affirmer, d'être sûre de moi dans des diagnostics que j'avais pas forcément déjà rencontrés" (3,C, IV).

-Parfois en lien avec le manque de connaissances (connaissances théoriques)

"C'est plutôt après, quand c'est les patients qui me posaient des questions sur le traitement, sur la suite des événements, sur une pathologie particulière ou autre, c'est plutôt là que je me sentais en difficulté au début..."(9,I,I) "C'est plus au niveau des médicaments, de donner le bon antibiotique ou quand y avait des dosages à adapter (...)" (12,L, III).

-Parfois par manque de connaissance de soi en contexte d'incertitude (identification/compréhension/maîtrise de son raisonnement et de ses émotions)

"(Qu'est ce qui pourrait faire progresser cette confiance?) Le fait de... savoir maîtriser ses émotions aussi par rapport à certains contextes" (2,B, IV) "(Peur de quoi ?) J'pense de sa réaction en fait, c'est con mais j'avais peut-être peur qu'elle se mette à pleurer et de pas pouvoir gérer la situation quoi" (7, G, II b).

Un manque de confiance accentué par la difficulté à assumer le statut d'interne, qui souffrirait souvent d'un manque de légitimité aux yeux du patient .

"Quand on est avec le maître de stage, les patients, ils le regardent tout le temps, quand il est pas là, je pense que je peux plus facilement discuter avec eux (...)" (1,A,III) "(...) les patients étaient tellement attachés à lui que c'était à lui qu'ils parlaient; même quand il était dans la salle d'à côté quoi, ils parlaient un peu plus fort pour qu'il les entende donc euh..." (7,G,III) "(...) Dire « je sais pas trop vous répondre, on va demander à... », c'est plus ça qui pose soucis"(9,I,I) "Finalement, c'est moi qui le voyait en tant qu'interne parce que (MSU) avait pas de place mais il s' est peut-être dit que (MSU) avait plus de légitimité" (10,J, III).

Certains MSU ont, semble-t-il, du mal à laisser une place à l'étudiant "(...) il connaissait tellement bien ses patients, il était tellement paternaliste que, dès qu'il voyait ses patients, il commençait à discuter et il venait quand même, en fait, interrompre la conversation (...)" (7,G,III).

Pour l'interne, reconnaître son incertitude serait alors risquer de perdre davantage de "crédit" au yeux du patient "Mais j'aurais peur je pense d'utiliser des mots (...) qui mettraient pas le patient en confiance sur la prise en charge et il se dirait "mon médecin, il ne sait pas ce qu'il veut, il sait pas où il en est " (2,B,III) et un frein supplémentaire à son adhésion finale au projet de soin "(Dire au patient que tu ne sais pas?) (...) c'est toujours un peu gênant même si on sait que ça fait partie du cursus. Alors c'est pas pour l'égo, c'est plus pour la thérapeutique que je vais leur donner qui sera donc dictée par le méd gé et il faut qu'ils y croient (...) faut qu'ils adhèrent au truc et s'ils ont pas confiance, c'est compliqué(...)" (11,K, III).

D'où une tendance des internes à vouloir cacher au patient qu'ils ne savent pas "éviter de faire paraître au patient, que ce soit avec le verbal ou avec le non verbal, que j'en sais rien" (11,K, III).

Il existe donc une réticence à verbaliser son incertitude au patient. Spontanément, "avouer qu'on ne sait pas" semble assimilé à une faiblesse "Il y en a je pense qui osent pas, qui doivent pas oser se dire, fin le patient vient me voir pour avoir des réponses ben j'ai pas de réponse à lui apporter" (8,H,II b).

Cela serait synonyme de remise en question de leurs connaissances voir de l'intégrité de leur propre personne "Après, avec l'expérience, on sait plus facilement dire au patient « ben écoutez, là je peux pas vous répondre, je n'ai pas assez d'éléments » sans culpabiliser on va dire, peut-être qu'au début quand on dit ça au patient on a l'impression que c'est nos connaissances, nous même qui allons être mis en cause, alors que ben en fait pas du tout hein, c'est la médecine" (9,I,I).

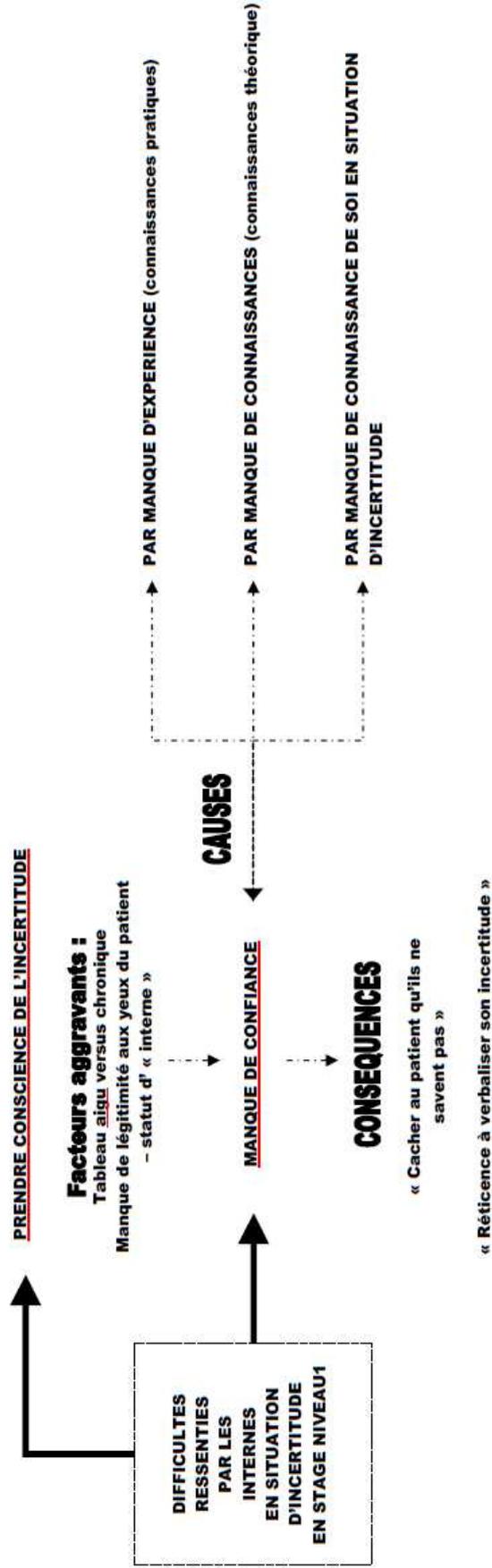
Mais les patients attendent-ils une "réponse" ? Qu'est ce qu'une "réponse" au juste ?

Pour certains, c'est un diagnostic. C'est pourquoi il est important de sensibiliser l'opinion publique à la notion de complexité et aux limites de la science médicale. Mais pour la plupart des patients, il s'agit d'une écoute, d'une réassurance, d'une proposition de prise en charge personnalisée et optimisée.

Certains internes en ont déjà pris conscience "En parlant, je me suis rendu compte que les gens, ils attendent pas forcément un diagnostic précis, et que s'il y a une démarche avec un suivi, ça leur va" (6,F,III)(...).

Des internes soulignent aussi une plus grande difficulté à gérer l'incertitude pour des tableaux aigus versus chroniques "Le doute dans l'urgence, ça c'est quand même très désagréable puisque que, forcément, il se passe quelque chose et qu'il faut répondre rapidement; après le doute dans quelque chose d'ancien, c'est moins embêtant, parce qu'on a l'occasion de se renseigner après et de se former" (4,D, I) "Le patient qui a un problème aigu, rien que dans la façon de présenter le tableau par le patient (...) selon comment il peut extrapoler ses symptômes ou voilà, donc ça peut être source d'angoisse pour moi donc je trouve que ça peut majorer l'incertitude" (8, H, III).

III. 2.a DIFFICULTES RESSENTIES PAR LES INTERNES EN SITUATION D'INCERTITUDE EN STAGE



III.2.b Mécanismes d'adaptation face à l'incertitude

En conséquence des difficultés ressenties face à l'incertitude énoncées ci-dessus, et notamment pour pallier au manque de confiance, les internes développent des mécanismes d'adaptation.

1 - Au premier plan, on retrouve la **surconsommation des ressources de santé pour se rassurer.**

La plupart du temps, cela se traduit par des **demandes abusives d'examens complémentaires** "c'était la première fois que j'avais affaire à des douleurs pelviennes, je sais pas pourquoi, j'étais parti sur des dosages hormonaux, fin, j'avais complètement dévissé pendant la consultation j'avoue" (4,D,III).

Le point positif est que les internes semblent en avoir pris conscience "Quand on est jeune interne comme ça, qu'on se retrouve avec des situations où on penche sur plusieurs choses, on a tendance à demander trop facilement beaucoup d'examens complémentaires, je pense pour se rassurer" (2,B,III) "En tant que jeune interne, on est souvent à demander des examens complémentaires pour se rassurer soi et pas forcément pour rassurer le patient, parce qu'il est pas forcément demandeur (...)" (2,B,III) "Ah oui, y avait ça aussi qu'on s'était posé comme question, c'était en fait : est-ce que de vouloir absolument trouver ce qu'il avait, c'était pas plus pour nous rassurer nous que pour rassurer le patient" (8,H,II b).

Ils se posent volontiers la question de savoir si un examen est justifié ou non à un instant T "Je me posais la question : est-ce que ça vaut le coup vraiment de faire tel examen complémentaire ... ou est-ce que c'est trop euh..." (1,A,III) "Après, la question toujours de savoir qu'est ce qui est judicieux de faire, est-ce que c'est important de faire des explorations tout de suite ou est-ce qu'on se donne du temps ou..." (G,7,III).

Le recours abusifs aux ressources de santé concerne également les **demandes d'avis spécialisés** "Pareil, je savais pas des fois s'il fallait vraiment que j'appelle par exemple un cardio pour avoir un avis euh..."(1,A,III).

A noter que cela n'est pas propre aux étudiants en formation et que l'expérience ne fait pas tout. En effet, il semblerait que certains MSU aient également tendance à poursuivre le diagnostic à tout prix et à abuser des ressources de santé "Il y a des chefs qui s'acharnent à trouver un diagnostic alors que des fois le patient, il en a rien à faire du diagnostic" (7,G,I) "Pour les 3 (MSU), je dirais qu'ils avaient le courrier facile (...) c'est vrai qu'il y a des fois, je l'aurais peut-être pas fait (en riant), parce que toutes les situations ne se gèrent pas forcément avec un petit courrier au spécialiste, en disant débrouillez vous avec ça et puis voilà" (1,A,III).

2 - Le second mécanisme d'adaptation est **l'évitement**. Cette réaction s'observe fréquemment car "l'incertitude nous renvoie à nos limites et au sentiment désagréable de devoir faire plus que ce qui a déjà été entrepris, et face à cette prise de conscience, la réaction est très souvent l'évitement, même pour un patient chez qui on a diagnostiqué une complication" [23].

"(...) et je me suis dit que la prochaine fois j'hésiterais pas quoi, que là j'avais hésité, si tu veux en palpant la masse j'ai regardé mon chef et ... de lui dire « ah mince », j'hésitais à lui dire au départ tu vois, je savais pas comment l'amener" (7,G, II b).

3 - Un autre mécanisme d'adaptation est **l'accumulation de connaissances médicales**, définie par Fox (1988) comme **"la recherche d'une maîtrise aussi parfaite que possible des connaissances médicales (...)"**. Une interne raconte : "(...) le mieux pour pallier à l'incertitude, c'est quand même d'en connaître beaucoup, c'est à dire d'essayer de travailler et de faire de la recherche personnelle pour essayer justement d'avoir le maximum d'arguments pour étayer tes différentes hypothèses diagnostiques et justement éviter de baigner dans l'incertitude la plus complète tu vois" (10, J, I). Ce mécanisme est évidemment nécessaire mais insuffisant voir même dangereux " s'il n'est pas accompagné d'un processus permanent d'autocritique" [23].

III.2.c Attentes des internes de leurs MSU de niveau 1

Les internes attendent de leurs MSU une mise en autonomie adaptée. Par mise en autonomie "adaptée", on entend une mise en autonomie "obligatoire mais progressive en fonction des compétences acquises par l'EMG" [34] et un nécessaire encadrement "par la présence potentielle du praticien, présence physique ou par téléphone mais avec, dans ce cas, possibilité d'intervenir sur place rapidement à la demande de l'EMG" [34].

"Ils m'ont laissée en autonomie complète mais après c'est pareil, ils étaient à côté, ils étaient toujours joignables... Les trois étaient assez présents et c'était un bien, ça répondait à un besoin" (1,A,III) "(...)je passais un coup de téléphone et j'avais, entre guillemets, la marche à suivre parce que mes prat étaient disponibles" (K,11,III) "(...) je savais que j'avais toujours mon prat qui était au bout du téléphone, je mettais toujours l'option (...) si jamais y a un gros soucis, lui, il se déplacerait, ils étaient sérieux, ils étaient joignables" (11,K,III).

Le processus de mise en autonomie s'accompagne d'un débriefing, devant "être effectué dans les suites immédiates des consultations ou pour le moins dans un délai le plus court possible après ces consultations à partir du dossier médical informatisé, du relevé d'activité quotidien (RAQ) (...)" [34].

"Les 2 autres me laissaient seule mais j'en parlais quand même à la fin" (3,C,IV) "Concertation avec son MSU" (1,A,I) "Débriefing, ça évidemment que c'est très intéressant" (4,D, IV).

Car en raison du manque de confiance qu'ils peuvent éprouver face à l'incertitude, les internes ont besoin de réassurance (étage 2 de la figure 7 ci-dessous).

"De toutes façons, j'osais pas prescrire tant que j'avais pas l'accord du MSU en situation d'incertitude" (1,A, III) "Après, ils restaient disponibles donc du coup, j'utilisais ça parce que

j'aimais bien me rassurer donc en fait, je les appelais assez souvent quand j'avais un doute" (12,L,III).

Ils ont aussi besoin de reconnaissance (étage 4 de la figure 7 ci-dessous).

"Il me considérait vraiment pas comme « moi, je suis ton maître de stage et toi, t'es mon interne », c'était vraiment à égal...quand les gens appelaient pour prendre RDV, il disait « ben vous verrez ma remplaçante ou ma collaboratrice »... ça c'était bien, je pouvais vraiment discuter avec lui" (5,E, III) "(...) il (MSU) m'a dit voilà là tu vois j'ai fait ça mais clairement ce que t'as proposé on aurait très bien pu faire ça, d'ailleurs la prochaine fois on le fera..." (10,J,III).

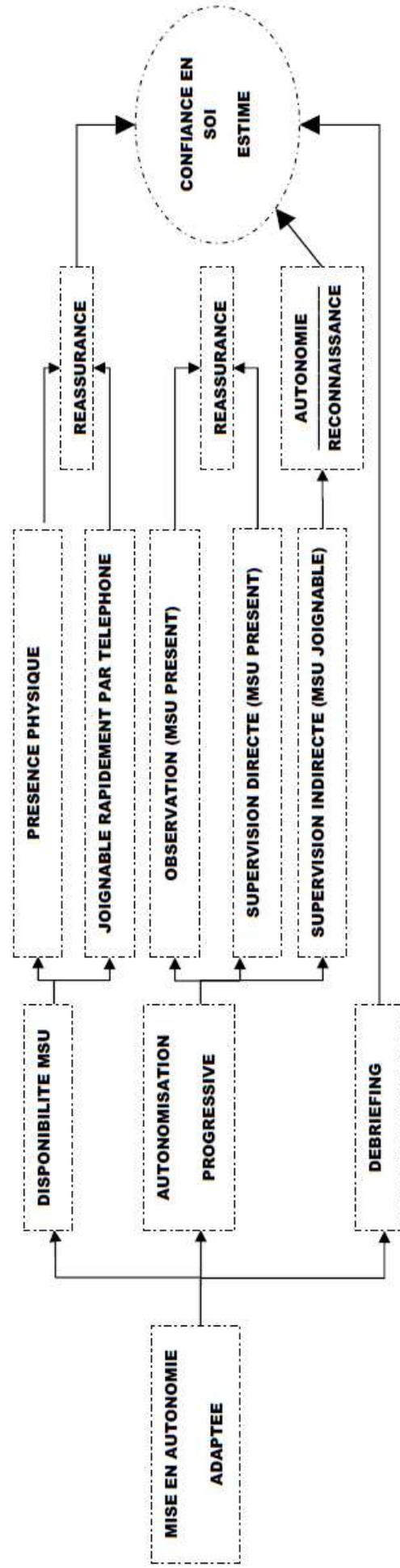


Interprétation de Guenter & coll., 2011



Figure 7 : Mise en parallèle de la pyramide des besoins humains de Maslow avec les besoins des étudiants en médecine au cours de leur formation, selon Guenter et coll.

III. 2.c ATTENTES DES INTERNES DE LEURS MSU DE NIVEAU 1



III.2.d Facteurs limitants du stage identifiés par les internes

C'est la mise en autonomie insuffisante, d'origine multifactorielle, qui apparait comme le principal facteur limitant du SN1 pour les internes.

1 - Le premier cas de figure est le refus ou encore la réticence du MSU à les laisser en situation d'autonomie. Les raisons évoquées sont :

-La personnalité du MSU "elle avait du mal à faire confiance" (4,D, IV) "je crois qu'elle faisait comme ça avec tous les internes" (6,F,III).

-Une mauvaise expérience passée avec un autre interne "elle avait pas forcément une très bonne expérience avec l'autre interne" (5,E,IV).

-Le manque d'expérience du MSU "elle voulait pas trop (me laisser en autonomie), elle débutait hein, j'étais sa première interne, donc elle avait un peu peur je crois" (1,A, III).

Ici, on peut interroger le lien entre le refus ou la réticence du MSU à autonomiser l'interne et le propre rapport du MSU à l'incertitude, parfois conflictuel semble-t-il. Ces exemples l'illustrent bien :

-Le MSU qui dicte sa façon de faire "(...)si je faisais pas comme elle voulait, c'était pas bon donc euh ..." (1,A, III).

-L'abus d'avis spécialisés "Pour les 3, je dirais qu'ils avaient le courrier facile (...)" (1,A,III).

-La prescription de traitements injustifiés et poser un diagnostic à tout prix "La dernière, j'ai le souvenir que j'avais vu un ado de 13 ans qui avait de la fièvre depuis le matin et qui avait pas d'autres symptômes... elle a quand même voulu mettre des gouttes dans le nez.. et après elle m'avait dit: on ne peut pas ne pas donner de diagnostic aux parents et tout ça, alors que moi, j'étais pas d'accord avec elle. Ils semblaient pas choqués (les parents). C'est plus elle, elle voulait mettre des traitements..." (5,E, III).

-La prescription de traitements non conformes aux recommandations de bonnes pratiques "Il mettait systématiquement un traitement antibiotique très facilement quelle que soit l'infection" (7,G,III).

2 - La deuxième raison évoquée tient à des locaux inadaptés, au manque de place pour accueillir l'interne "Il y a en a une, on va dire y avait pas de bureau donc je restais avec elle" (3,C, IV) "Déjà parce qu'il y avait pas de place dans son cabinet ..." (4,D, IV) "Non, on était en supervision directe, le premier n'avait pas les locaux donc euh..." (7,G,III).

Une interne rapporte même : "De temps en temps, il partait juste voir son associé et il me laissait faire une ou deux consult toute seule mais voilà, ça s'arrêtait à une ou deux consult, sinon lui il s'ennuyait en fait de son côté" (7,G, III). Devant de tels propos, on pourrait penser que le problème logistique n'est qu'une "façade", et soupçonner une difficulté du MSU à "laisser une place" à l'interne.

3 - Enfin, la troisième raison évoquée est le manque de confiance en lui de l'étudiant "Après je sais pas, peut-être que je manquais d'assurance et qu'ils se sentaient pas très sereins de me laisser euh ... C'était aussi ma faute de toutes façons, j'aurais dû dire à un moment "je veux vraiment faire des consultations tout seul" mais j'avais aussi un petit peu peur de ça" (6,F, IV b) "Je pense que j'étais pas assez confiante non plus pour faire les consult toute seule" (7,G, III) "Je pense que c'était simplement un problème de confiance et que des fois, je demandais l'avis et ils me répondaient la même chose que ce que moi je pensais, et que j'aurais pu prendre la décision moi même" (12,L,IV b). On peut se demander ici si le MSU a assumé son rôle de réassurance, dans le but d'aider l'interne à se "lancer".

Pour les internes, cette mise en autonomie insuffisante a pu freiner leur apprentissage du "savoir-agir en situation d'incertitude ".

"(...)la troisième j'étais tout le temps avec elle. Franchement, je l'ai pas super bien vécu... franchement à deux, c'est pas possible de savoir ce que tu sais, ce que tu sais pas..." (6,F,III) "Quand t'es assis sur ta chaise, que tu fais une fois sur deux et que t'y vas à tâtons parce que tu sais pas trop si c'est bien ce que tu fais euh, t'avances un peu moins vite quoi je dirais"(10,J, IV b).

Les internes regrettent aussi la méconnaissance des enseignements hors stage par les MSU.

"J'ai jamais parlé avec mes maîtres de stage de mes différents enseignements, que ce soit avant après euh. Fin peut-être éventuellement avec un parmi les 3 à la limite mais c'était pas fréquent (...) j'aurais bien aimé pouvoir discuter avec des maîtres stage pour avoir leur ressenti, avoir des clés" (2,B,II a/b) "(...)je pense qu'ils sont pas forcément trop au courant des enseignements qu'on peut avoir" (8, H, III) "(...) c'est maître de stage-dépendant, parce que c'est vrai que je pense qu'il y en a beaucoup qui sont pas au courant de ce que nous on peut avoir comme formation" (8,H,IV b) "Après les autres, ils étaient plutôt à dix mille lieux de tout ça (EHS) donc ils étaient pas au fait de tout ce qui se faisait, ce qui se faisait pas, j'avais une de mes maîtres de stage qui était tutrice donc elle avait des tutorés donc elle savait qu'il y avait des traces à lire mais au final elle savait pas à quoi ça devait correspondre" (10, J, III).

Enfin, les internes font le lien entre non progression dans le "savoir-agir en situation d'incertitude" et certaines profils de patientèle. Un interne cite l'exemple du renouvellement de stupéfiant pour les patients addicts "Elle (MSU) brassait beaucoup de gens qui étaient sujets à des addictions, fin beaucoup de drogués, donc ça prenait 6 minutes quoi les consult, et c'était pour du subutex ou de la méthadone donc j'ai pas eu d'incertitude (...) c'est pas intéressant (...)" (10,J,III).

Le sujet de l'addiction est abordé dans plusieurs familles de situations types [40]. Le renouvellement de stupéfiant pourrait donc constituer une "situation-problème" avec une part d'incertitude, notamment communicationnelle entre le médecin et son patient, autour du "contrat" qui les lient : en échange d'une écoute bienveillante et d'un soutien, le patient s'engagerait à

essayer de diminuer progressivement sa consommation. Les propos de cette interne traduisent-ils un sentiment d'impuissance face à la difficile prise en charge de l'addiction, le praticien devenant souvent un simple "prescripteur" malgré lui? De façon plus générale, la patientèle du médecin n'est-elle pas le reflet de sa façon d'exercer?

III.4.e Facteurs facilitants du stage identifiés par les internes

Ils sont en partie en miroir avec les facteurs limitants du stage.

Au premier plan, la mise en autonomie adaptée s'est révélée un bénéfice certain pour les internes.

"Ce qui facilite (l'apprentissage de l'incertitude)? il faut de l'autonomie ça c'est sûr, je pense qu'il en faut le plus possible, après c'est au cas par cas" (4,D, IV) "(...)c'est beaucoup plus enrichissant intellectuellement de se retrouver en autonomie (...) au moins tu vas plus réfléchir" (10,J,IV b) "C'est une situation que j'avais vécu moi et pas par procuration quoi, c'est plus intéressant" (5,E,II a).

Elle leur a permis d'acquérir de l'expérience "(...) l'aide des MSU, justement qui me laissaient quand même en autonomie qui fait que finalement au bout d'un moment, j'ai acquis de la confiance et du coup de l'expérience aussi" (3,C, IV), de progresser sur plan théorique "J'avais quand même assez la liberté de faire mes choix pour certaines prescriptions pour voir ma façon de gérer l'incertitude" (5,E, III) et de gagner en confiance "Y a même eu deux fois où physiquement il était pas au cabinet, après je savais que j'avais d'autres médecins autour si j'avais besoin... j'avais une petite appréhension au début mais au final j'étais toute contente et toute fière de moi" (5,E,III) "Finalement à force de voir des patients, plus ça a été, plus je me suis fait confiance" (8,H,IV b).

Les internes y ont vu une forme de reconnaissance "C'est vrai qu'après c'est ce que je me suis dit, fin si elle me laisse c'est qu'elle estime que, fin je suppose" (8,H,IV b) "Je suis bien tombé. Les deux autres, fin je trouve que c'était des très bons médecins, ils me faisaient confiance" (11,K, III).

Elle a pu être aussi parfois un bénéfice pour le patient, qui a profité d'un regard neuf "Y a des trucs qu'ils me disaient qu'ils disaient pas forcément aux maîtres de stage... ils en profitaient quand on était en autonomie pour vider leur sac" (1,A,III).

Le propre rapport des MSU à l'incertitude a conditionné la mise en autonomie et donc la formation "au savoir-agir en situation d'incertitude". Dans le discours des internes, la mise en autonomie adaptée est souvent associée à une incertitude assumée par les MSU.

Ces MSU verbalisent leur incertitude au patient "Dans les 3, je les ai tous entendu dire quand ils savaient pas « ben je sais pas », et on fait quelque chose on va voir si ça fonctionne ou alors je vous oriente vers quelqu'un" (1,A, III) "Lui il disait clairement au patient " je sais pas du tout ce que vous pouvez avoir" et il était un brut de décoffrage, il disait "je sais pas ce que vous avez mais je m'en fous parce que je sais que c'est pas grave" (7,G,III).

Ils abordent le sujet de l'incertitude directement et précocément avec l'étudiant "Moi à titre perso (l'incertitude),(...) ça a été abordé plus ou moins tout le temps, c'est vrai que j'ai eu de la chance" (11,K,IV b).

Cela permet de la relativiser "En fait le premier maître de stage il m'a mise à l'aise dès le début en me disant que c'était pas grave si je savais pas (...)" (7,G,III).

Ces échanges autour de l'incertitude ont lieu principalement lors du débriefing autour d'un cas.

"Oui, ça m'est arrivée sur un ou deux dossiers où j'étais pas sûre d'en discuter et elle m'a dit "dans ce contexte là, tu vois, ce serait bien que tu fasses comme ça, que tu te rassures en faisant ça..." (2,B, III) "Au final, on en a pas parlé de l'incertitude de façon globale mais quand on a débriefé sur chaque cas" (3,C,IV b) "Après on en avait rediscuté avec mon maître de stage donc ça pareil ça m'avait aidé à bien fixer les trucs, c'est lui qui m'avait fait prendre conscience de "pourquoi t'as dosé ça, pourquoi ..." (4,D,IV) "Avec (MSU), oui on en a parlé du coup de l'incertitude, tout simplement parce qu'on a été confronté à des sujets où ni lui ni moi ne savions vraiment ce que c'était, ne serait-ce que des lésions dermato(...)" (10,J,III).

Ils sont l'occasion pour les MSU de donner des concepts pour mieux la gérer, tels que "verbaliser son incertitude au patient tout en gardant une attitude bienveillante" "Le "je ne sais pas" ben j'en ai parlé un petit peu avec eux (...) on peut leur dire "je ne sais pas" mais qu'il faut le dire d'un ton affirmé et puis leur expliquer un petit peu à quoi on pense" (3,C,IV) "il m'a dit dès le début que quand je savais pas, il fallait pas que je garde pour moi parce que du coup, jamais le patient il me ferait confiance s'il voyait que j'étais pas sûre de moi" (7,G,III), "utiliser le temps comme allié" "En me disant "si tu sais pas c'est pas grave, élimine ce qui est grave et puis, si vraiment t'es inquiète ben tu revois le patient toujours plus tard quoi" (7,G,IV b).

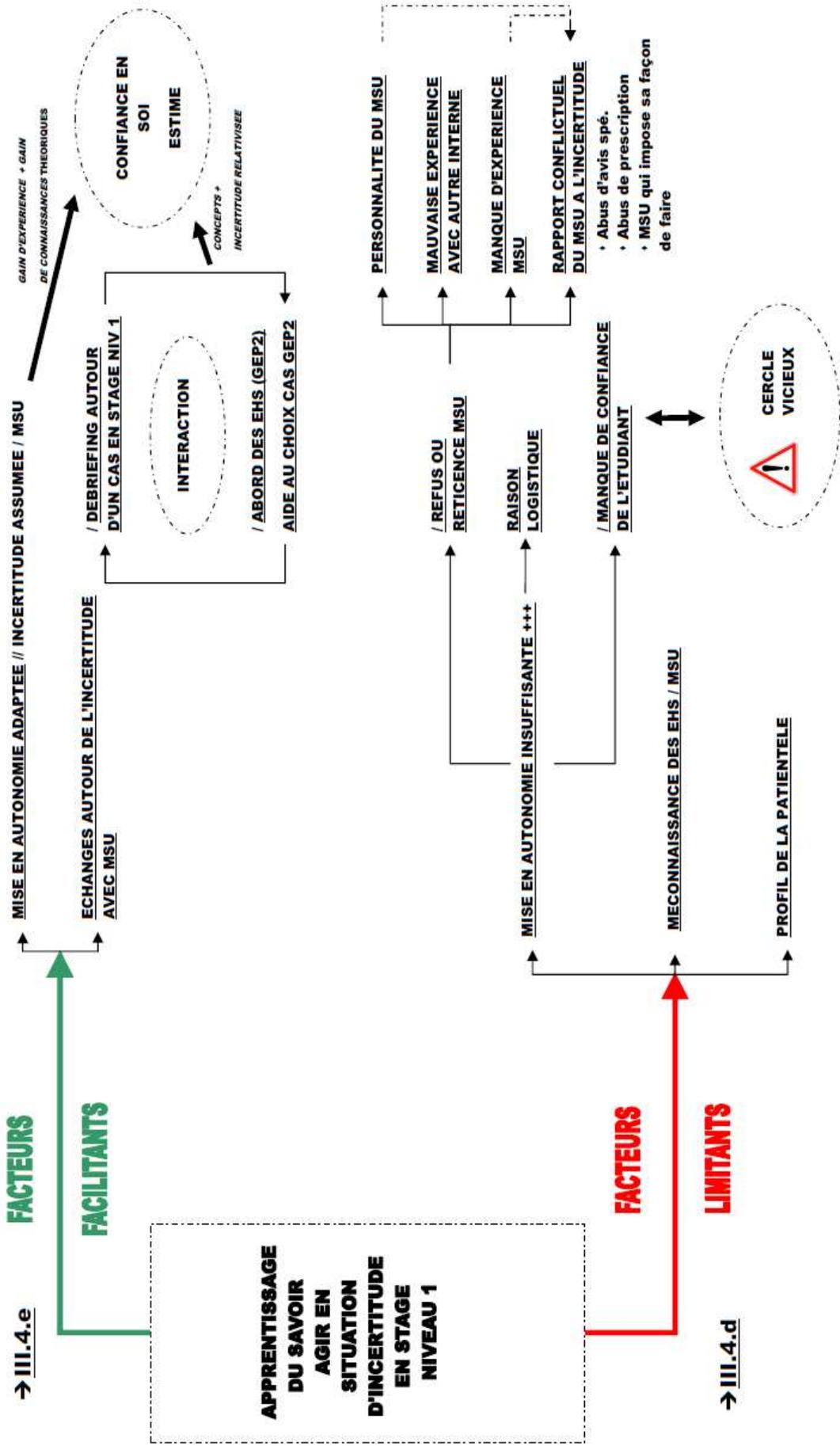
L'abord de concepts autour de l'incertitude par les MSU a permis une interaction avec le contenu des EHS "En fait, j'ai un des 3 chefs, celui qui était en urbain qui m'a dit dès le début "toi ton boulot globalement, ça va être d'éliminer les choses graves, après si tu sais pas, on s'en fout en fait" et il me l'avait dit dès le début et finalement, c'était les même informations qu'on avait eu dans le GEP 2 (...)" (7,G,III).

Les internes ont aussi apprécié les échanges autour des EHS avec les MSU. Certains rapportent par exemple avoir été aidés pour le choix du cas de GEP 2, dont le thème a pu susciter de l'incompréhension chez certains, comme vu précédemment.

"Un de mes MSU, ben c'est lui qui m'a proposé de présenter le cas. On en a discuté après du cas" (1,A, III) "J'en avais reparlé avec ma MDS avant, d'ailleurs qui animait un autre GEP sur ce sujet...elle m'a orientée vers un cas que je pourrais prendre parce que sur le coup, je..."(3,C,II a).

D'autres ont trouvé que cela dépassait le rôle du MSU et que la situation clinique authentique de GEP devait rester un choix personnel "Après, moi j'ai choisi mon cas toute seule, je trouve que c'est bien aussi. Parce que si notre maître de stage nous dit « tiens, on a vu ça, tu peux prendre ça », on peut se sentir un peu obligé (...) alors que personnellement on n'aurait pas choisi ça. Et puis, on parle d'un ressenti personnel, de problèmes que nous a posé une consultation et peut-être que des fois, on a pas trop envie, parce que des fois ça peut rentrer en contradiction avec ce qu'un de nos maitre de stage nous a dit(...)" (9,I,III). **Le MSU a alors un rôle de consultant une fois le cas choisi** "J'avais choisi toute seule et puis après j'en ai parlé à mon tuteur, il m'a dit ouais c'est bien; ouais non je l'avais fait toute seule, j'avais pas demandé d'aide et puis j'avais juste fait relire avant d'aller au GEP parce qu'ils demandent de toutes façons à ce que ce soit relu (...)" (10,J,II a).

APPRENTISSAGE DU SAVOIR-AGIR EN SITUATION D'INCERTITUDE EN STAGE NIVEAU 1



IV. Objectif secondaire: modifications envisageables

IV.1 Modifications envisageables en GEP 2

Concernant la forme,

Les internes ne sont pas arrivés à un consensus.

Certains auraient souhaité que le GEP 2 arrive plus tôt dans la programmation pour pouvoir modifier par la suite leur pratique en stage "Je dirais ben du coup peut-être plus tôt dans la formation" (8,H,IV). D'autres qu'il se déroule plus tard, s'estimant en manque de recul et de maturité pour aborder un tel sujet "J'avais pas assez de recul, fin ça aurait été à la fin de mon stage de niveau 1, je pense que j'aurais eu plus de recul sur la chose (...) Moi dans l'idéal, ça aurait été par exemple de faire mon stage de médecine générale en troisième semestre et le GEP aussi" (3,C,II b).

Quelques uns ont évoqué la possibilité d'une autre présentation que le GEP pour parler de l'incertitude, type séminaire. La principale raison était de disposer d'un temps plus long que les 2 heures de GEP actuelles, qui leur paraissaient insuffisantes.

"Ca pourrait aussi être plus long" (8,H,IV a) "Un séminaire serait peut-être plus adapté parce que je pense qu'on pourrait en parler plus longuement (...) faut trouver peut-être un juste milieu (...) je pense qu'il pourrait y avoir pas mal de choses à dire, ça dépend des personnes; y en a, celles qui sont pas à l'aise ça pourrait être bien que ce soit un séminaire (...)" (11,K,II a).

Mais avec une interrogation sur l'aspect "théorique" de ces enseignements, notamment les diapos, qui ne semblent pas vraiment adaptés selon eux, à un apprentissage au cas par cas "(...) la question de l'incertitude, ça ne peut pas vraiment se résumer à des diapos je pense, c'est plutôt au cas par cas" (3,C,II a) "Après, par formation ailleurs que par un GEP fin, en séminaire ou...après est-ce que c'est par le théorique que tu l'apprends... c'est discutable" (8,H,IV a).

Une interne évoque l'idée d'un enseignement fractionné, en 2 fois 2 heures "Ou après, peut-être pas quatre heures à la suite mais en deux fois parce que c'est un sujet qui est important" (8,H,IV a).

Les internes souhaitent que davantage de cas soient présentés.

"Le fait de présenter 2 cas cliniques...des fois c'est un peu frustrant (...) il y a une limite de temps mais si tout le monde pouvait présenter un petit cas, ça serait pas mal quoi" (1,A,V a) "Oui peut-être que des fois on aurait pu présenter un cas de plus (...)" (9,I,IV a).

Ils regrettent de devoir parfois abréger les débats autour d'un cas, au prétexte qu'il faut visionner le diaporama "Les GEP en général, pas que celui là, c'est vrai que des fois ça passe très vite deux heures et quand on discute bien, qu'on échange bien, ben des fois on est un peu coupé pour présenter les diapos finales tous ensemble et on est un peu obligé de clôturer" (9,I,IV a).

Le choix des cas devrait être fait par les internes et non par les enseignants "Pour le GEP 3, ce qui était pas mal c'est que chacun a fait le tour très rapidement de sa situation et on a choisi ensemble de quelles situation on allait parler (...) alors que là ils (enseignants) ont récupéré les trucs de leur côté et ils nous ont dit j'ai vu telle situation intéressante, on va parler de celle là ou celle là" (5,E, IV a).

Le choix des cas devrait être fait par le groupe primaire plutôt qu'en sous-groupe "On aurait pu pas faire les mini groupes séparés, histoire qu'on est une réflexion commune autour de cas qui auraient pu poser problème" (10,J,IV a).

Côté enseignant, les interrogés attendent du dynamisme et une meilleure répartition du temps de parole entre internes "Peut-être le temps de parole pour chaque individu dans le groupe quoi" (1,A, Va) "Les intervenants dynamiques qui font intervenir tout le monde" (1,A,II a).

Concernant le fond,

Les internes demandent que le thème soit précisé "Peut-être un petit peu plus expliquer le « cas » (thème) parce que j'ai eu besoin de ma maître de stage pour un peu savoir vers quoi m'orienter, en général on a peut être un peu tard les explications" (3,C,V a).

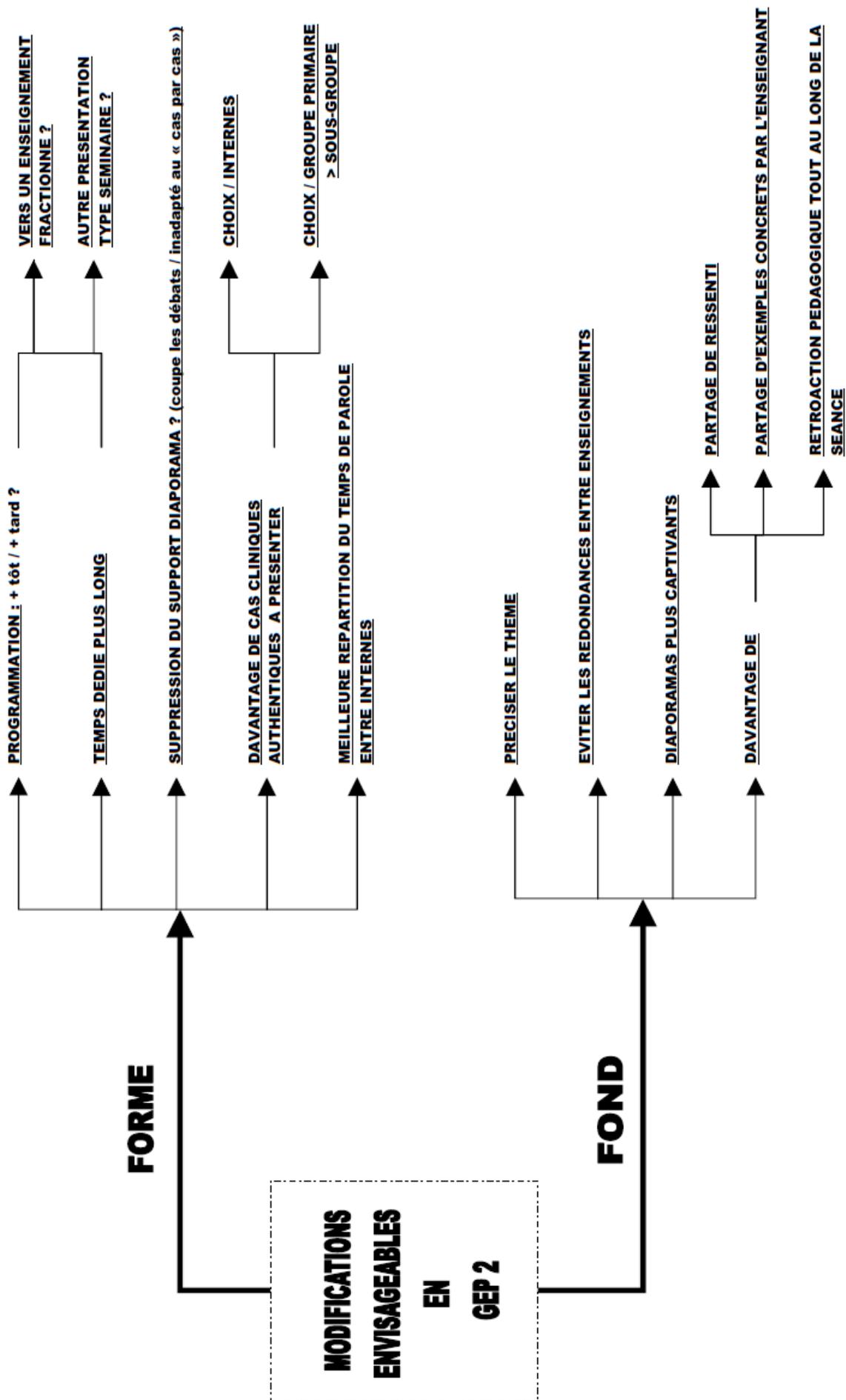
Ils souhaitent éviter les redondances entre enseignements "Je trouve que ça a pas forcément d'intérêt parce que j'ai l'impression des fois que c'est une répétition de choses qu'ils nous parlent depuis le début... ils nous ont déjà parlé du bio psycho social, du carré de White..." (5,E, IV a).

Ils aimeraient des diaporamas plus captivants "Les diapo, ça gagnerait peut-être à être plus marquant" (1,A,V a) "... le sujet était complètement banal, après je sais pas, il faut essayer de trouver des trucs intelligents à dire" (4,D,V a).

Ils voudraient que les enseignants aillent au delà de leur mission de "supervision", en partageant davantage leur expérience du terrain "Avoir le ressenti des enseignants animateurs pour des clés en pratique. La plupart ils parlent pas de leur pratique quotidienne, ils supervisent, hors je trouve que ce serait bien qu'il y ait un temps dédié à ça" (6,F,V a) et en illustrant leurs propos par des situations concrètes "Je donnerais peut être plus d'exemples concrets pour pouvoir appliquer les techniques qu'ils nous donnent (...) en disant « ben vous voyez dans ce cas là, on peut utiliser cette technique, on peut proposer ceci cela »" (11,K, IV a).

Ils attendent une rétroaction pédagogique tout au long de la séance et pas uniquement lors du visionnage du diaporama "Il y a des GEP où des fois les chefs, ils sont là mais ils nous regardent simplement et puis ils interviennent pas, et ils interviennent qu'à la fin quand ils font leur diapo, celui-là vraiment, le prof de temps en temps il nous donnait des notions pour qu'on puisse avancer dans notre discussion et qu'on ne tourne pas en rond quoi donc je trouve que c'était vraiment pas mal et je pense qu'il faudrait qu'on ait toujours un chef qui fasse ça" (7,G,IV a).

IV. 1 MODIFICATIONS ENVISAGEABLES EN GEP 2



IV.2 Modifications envisageables en stage de niveau 1

Le ressenti général des internes sur leur stage de niveau 1 semble positif "Je pense que j'ai eu un bon stage en ambulatoire. Ils étaient vraiment... ils encadraient quoi" (1,A,Vb) "J'étais quand même satisfaite de ce stage qui nous laisse justement en observateur et après... je trouve que ça permet de bien voir ce que c'est la médecine générale" (3,C, V b).

Certains, avec le recul, auraient quand même aimé avoir davantage d'autonomie en fin de stage. "Avoir vraiment un peu plus d'autonomie à la fin pour apprendre à gérer, parce que moins t'es confrontée, moins t'as l'habitude et plus tu paniques et voilà, y aller progressivement tu vois, à petites doses" (5,E,IV b) "En y repensant sur la fin du stage et même maintenant en étant dans les semestres supérieurs, je me dis qu'au moins peut-être sur la fin, si j'avais pu avoir un peu plus de consultations seule ça m'aurait mise dans certaines difficultés que j'ai pas vécues" (9,I,IV b).

Certains internes auraient aimé aborder plus directement le sujet de l'incertitude avec les MSU. "Déjà en parler (incertitude) de manière plus directe avec les MSU, peut-être qu'il leur soit demandé d'évoquer directement la question" (4,D, V b).

Les internes voudraient également pouvoir aborder leurs enseignements hors stage avec leur MSU. Cela pré-suppose une bonne connaissance du contenu des EHS par les MSU "Ce qui pourrait être intéressant, c'est de plus le développer avec ses maîtres de stage...est ce que les maîtres de stage devraient pas nous en (EHS) parler un peu plus, nous sensibiliser, nous en parler plus tôt en début de stage, en parler avant l'enseignement, pendant l'enseignement et qu'ils nous donnent des clés" (2,B,V a) "On discute pas assez de nos enseignements avec nos maîtres de stage ... ils ne sont pas suffisamment sensibilisés à nos enseignements" (2,B,II a).

A condition de ne pas tomber dans l'excès inverse et que cela reste dans une démarche qualitative "Alors après y a une juste mesure, parce que quand l'enseignant il est vraiment trop en mode "ouais, là, il faut absolument faire une trace", en fait t'as même plus le plaisir d'aller chercher par toi même pour progresser, t'es en mode "bon là faut que je fasse une trace" mais t'as pas de trace à faire" (10,J,III).

Un interne aborde l'idée du "savoir-agir en situation d'incertitude" comme critère d'évaluation de stage "Et par exemple, j'ai pas le souvenir que ça fasse partie des critères d'évaluation de stage" (4,D,V b).

Des internes auraient souhaité plus de débriefing avec leurs MSU "Pouvoir plus échanger avec les maîtres de stage" (2,B, IV b) "Plus de débrief" (6,F, V b).

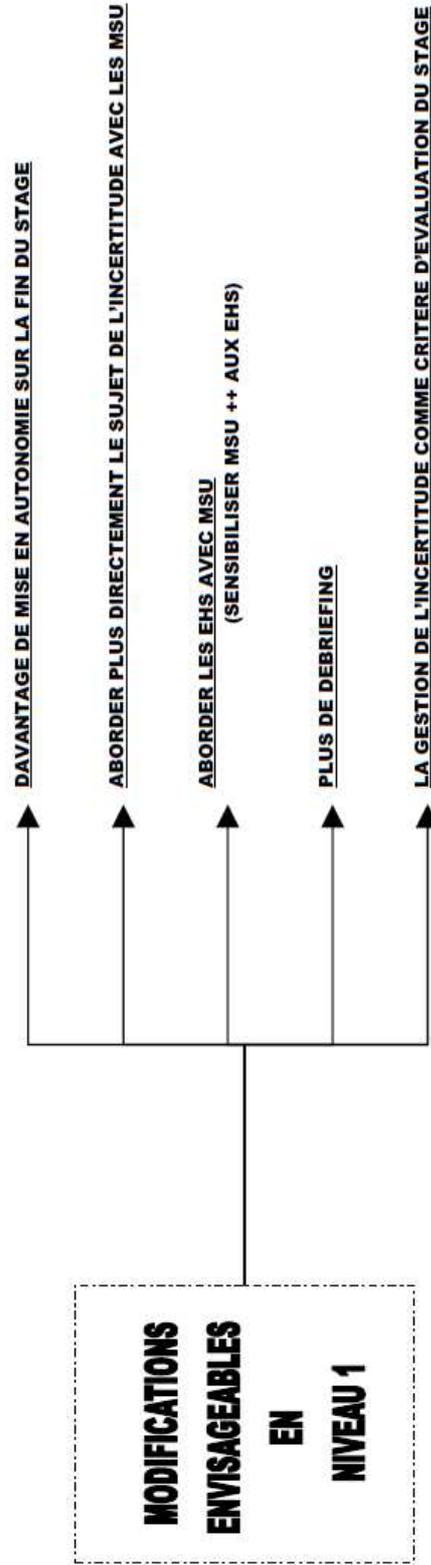
IV. 2 MODIFICATIONS ENVISAGEABLES EN NIVEAU 1

RESSENTI GENERAL POSITIF

• MISE EN AUTONOMIE ADAPTEE = encadrement et progression par étapes

« ça permet de bien voir ce qu'est la médecine générale » « j'ai eu de la chance »

« j'ai eu un bon stage en ambulatoire »



DISCUSSION

I.Généralités

Au DMG de Poitiers, le ressenti des internes sur leur formation est déjà une préoccupation. Les enseignements hors stage font l'objet d'une évaluation quantitative systématique par questionnaire à remplir en ligne par l'interne. Les réponses se font selon une grille de Lickert (type "d'accord", "tout à fait d'accord"...). En revanche, nous ne savons pas selon quelles modalités ces "enquêtes de satisfaction" sont ensuite analysées et exploitées pour perfectionner la formation. De plus, comme nous l'avons dit précédemment, l'étude qualitative est par essence plus adaptée à l'évaluation d'un ressenti qu'un questionnaire.

Les enseignements en stage, dont le stage de niveau 1, sont évalués par les internes à l'aide d'une grille à remplir à l'issue de chaque stage. Cette grille, commune aux stages ambulatoires et hospitaliers, a été revue et améliorée afin de s'accorder au mieux au domaine de l'ambulatoire et à ses spécificités.

Mais de façon générale, il n'existe pas à ce jour d'étude qualitative du ressenti des internes sur leur formation au "savoir-agir en situation d'incertitude". C'est au départ ce qui a motivé la réalisation de ce travail. L'une des forces de cette étude est son originalité car il n'existe pas d'équivalent dans la littérature.

II.Résultats et implications

II.1 Validité de l'étude

Notre échantillon comprend 12 internes de médecine générale de la promotion 2017, ce qui peut sembler dérisoire au regard la centaine d'internes que compte la promotion. Mais ce chiffre a été déterminé en poursuivant les entretiens jusqu'à saturation des données, comme le veut la règle en matière d'étude qualitative. Cela pré-suppose que la poursuite des entretiens n'aurait pas fait émerger de nouvelles données utiles à l'étude. De plus, "les informations issues des entretiens doivent être validées par le contexte et n'ont pas besoin de l'être par la probabilité d'occurrence. Une seule information donnée par l'entretien peut avoir un poids équivalent à une information répétée plusieurs fois dans des questionnaires" [38].

Il faut aussi noter que parmi les internes recrutés, aucun n'était connu personnellement de l'investigatrice, ce qui limite les biais de sélection.

"Le fait que la chercheuse soit du même milieu social que l'enquêté est plutôt un argument en faveur d'une meilleure validité puisqu'il permet de lever les barrières et les mécanismes de défense de l'enquêté" [38].

II.2 Biais de l'étude

II.2.a Constitution de l'échantillon

Le premier mode de recrutement utilisé, à savoir l'envoi d'une lettre d'information aux internes directement sur leur messagerie universitaire, n'a pas été contributif, avec un nombre de retour nul pour une centaine de mail envoyée.

C'est donc en joignant les internes directement sur leurs lieux de stage respectifs que le recrutement s'est fait. On note dans ce mode un possible biais de sélection : les internes ayant accepté de participer étaient possiblement les plus "critiques" sur le sujet et certains ont pu se sentir "forcés" par le recours au "démarchage" téléphonique.

De plus, les internes affectés au CHU étaient plus difficilement joignables sur leur lieu de stage et semblaient moins disponibles : parmi les rares à avoir répondu, aucun n'a donné une issue favorable à la proposition d'entretien.

II.2.b Population d'échantillonnage

Le choix de centrer cette étude sur les internes de 3^{ème} semestre reste empirique bien que motivé par :

-L'intérêt de réaliser une évaluation à mi-parcours d'internat, suffisamment précoce pour pouvoir perfectionner la formation à venir. Les internes en SASPAS, en tant que futurs jeunes professionnels accomplis, sont en effet censés avoir atteint le niveau intermédiaire au minimum, idéalement le niveau compétent défini par le CNGE. Il semble donc indispensable d'ajuster les enseignements proposés en amont.

-L'importance de former au plus tôt les internes au "savoir-agir en situation d'incertitude" au vu des enjeux individuels et sociétaux précédemment évoqués.

Biais "Sexe de la population d'échantillonnage"

Notre échantillon se compose de 3 hommes pour 9 femmes soit un sex-ratio de 0,33. On sait que la tendance actuelle est à la féminisation de la médecine. Cependant, ce rapport reste inférieur à la réalité, avec une répartition de l'ordre de 36,5% / 63,5% en 2017 [41] soit un sex-ratio autour de 0,5. Or le genre est considéré comme un déterminant des réactions face à l'incertitude [1] d'où un ressenti de la formation "au savoir-agir en situation d'incertitude" pouvant être différent entre hommes et femmes. C'est peut-être ce qui explique que les internes hommes aient été moins nombreux à répondre à notre étude : ils se sentaient peut-être moins concernés par le sujet car plus à l'aise avec la notion de "savoir-agir en situation d'incertitude".

Biais "Facultés d'origine différentes/maquettes d'externat différentes"

Dans certaines facultés comme Bordeaux, un stage de plusieurs semaines chez un médecin généraliste est possible au cours du second cycle "Après, moi j'ai de la chance, j'ai pu faire un

stage chez le méd gé, donc ça ça m'a vachement plu, j'étais en D2 (...) j'ai pu le faire, c'était 7 semaines (...) une semaine sur 2" (5,E,I). Mais le taux de stage chez le MG au cours du deuxième cycle varie selon les UFR [42], de même que ses modalités.

Par ailleurs, une des étudiante a "fait fonction d'interne" (FFI) de médecine en secteur de psychiatrie avant de débiter son internat. Cela a constitué une première approche du "savoir-agir en situation d'incertitude" "Après, moi, j'ai fait FFI avant mon internat, j'étais en psychiatrie, j'faisais tout ce qui était somatique en service de psychiatrie (...) finalement je suis pas arrivée les mains vides à mon stage de niveau 1 parce que c'était de la médecine générale en fait en psy (...)" (7,G,III).

Biais "Semestre du stage de niveau 1"

Huit internes avaient réalisé leur stage ambulatoire de niveau 1 au deuxième semestre contre quatre internes qui avaient réalisé leur stage de niveau 1 dès le premier semestre. Or la programmation du GEP 2 est actuellement unique et fixée en début de second semestre (Juin 2018 pour les internes de la promotion 2017). Lors de ce GEP, certains internes avaient donc déjà validé leur stage de niveau 1 tandis que d'autres le débutaient tout juste après validation de leur stage aux urgences. Or nous avons vu que l'expérience était un paramètre déterminant dans le "savoir-agir en situation d'incertitude" [30].

Biais "Département du GEP 2 suivi"

Le caractère enseignant-dépendant des GEP a été très souvent souligné par les internes. Il semble évident que leurs réponses ont pu être influencées par cet aspect, les 12 internes ayant assistés au GEP 2 dans 4 départements différents.

Biais "Profils des MSU de niveau 1"

Nous avons vu que les MSU sont des "modèles de rôles" pour les internes. On constate que les binômes/trios sont hétérogènes, constitués d'hommes et/ou de femmes d'âge très différents, d'expérience variable de la médecine générale. Or nous savons que le genre [1], l'expérience et la personnalité du médecin [30] sont déterminants dans la gestion et la tolérance du "savoir-agir en situation d'incertitude".

II.2.c Le recueil des données

Nous avons fait le choix de réaliser des entretiens individuels semi-dirigés. Or, en tant que "procédure donnant au chercheur un accès à des expériences particulières de l'informateur, l'entretien est sensible aux biais" [43]. Neuman les décline en 6 catégories. Le chercheur lui même en est le principal inducteur. Cela peut être favorisé par son manque d'expérience en matière d'enquête qualitative. Ici, on retiendra principalement "les erreurs non intentionnelles dues à la négligence du chercheur comme la modification non pertinente de l'ordre des questions, la prise

en compte d'une réponse non pertinente fournie à une question par l'interrogé" [43]. Car si pour chacun des 12 entretiens, la même trame de fond a été utilisée, l'ordre des questions a pu varier, "modulés en fonction du déroulement de la rencontre" [38]. De même que les relances, "formulées in situ" [53] afin préserver la spontanéité de l'interrogé. Ici, le caractère modulable de la grille d'entretien est donc à la fois un critère de qualité indispensable et un possible pourvoyeur de biais.

Par ailleurs, lors des entretiens 1 et 12 réalisés dans le service hospitalier où travaillait l'interne, malgré le choix d'un lieu calme (chambre de garde et salle de réunion), l'interview a été interrompue suite à un appel téléphonique de l'interne par le service. Cela a pu favoriser "les erreurs du répondant issues des oublis, de la mauvaise compréhension des questions" [43].

III. Principaux résultats

III.1 Résultats PARTIE II : l'incertitude vue par les internes de médecine générale en 3^{ème} semestre de DES de médecine générale à Poitiers

A travers l'analyse de l'incertitude en médecine générale faite par les internes de notre étude, on retrouve tous les niveaux d'incertitude évoqués dans la littérature et rappelés en introduction de ce travail. Parmi eux, les 3 niveaux d'incertitude formalisés par Fox.

Ainsi, ce que les internes décrivent comme "une insuffisance ou un oubli de connaissances par le médecin" correspond à l'incertitude de niveau 1 de Fox qui "résulte d'une maîtrise incomplète ou imparfaite du savoir disponible".

"L'absence de recommandations/protocoles bien définis pour un problème donné" correspond à l'incertitude de niveau 2 de Fox qui "dépend des limites propres à la connaissance médicale". Leur évocation des "difficultés du médecin à distinguer ses propres insuffisances de celle de la médecine" correspond à l'incertitude de niveau 3 de Fox qui "résulte de la difficulté pour le praticien de faire la distinction entre ses propres limites et celles de la science".

L'incertitude est majoritairement vécue comme **perturbante** par les internes de notre étude, ce qui rejoint plusieurs publications. Dans la thèse de Camille Bideau [45], l'incertitude est "inconfortable" pour 78% des internes interrogés. L'enjeu sous-jacent énoncé par ces jeunes médecins est de faire "le bon choix", de prendre "la bonne décision" pour le patient.

Mais existe-t-elle au moins, la bonne décision? A la lumière de ce qui a été dit précédemment, il en existe autant que de patients, de médecins et de rencontres duales entre ces deux partis. Ne devrait-on pas plutôt dire "la meilleure décision" (parfois "la moins mauvaise")?

Selon C.Ritter, "Cette angoisse de ne pas prendre la bonne décision dans une situation d'incertitude peut être expliquée par l'incapacité d'identifier son propre raisonnement et de l'appliquer avec confiance" [23]. Le processus de remise en question "t'as beaucoup de remise en

question, t'es tout le temps entrain de te poser un milliard de questions" (10,J,I) prôné par le paradigme d'apprentissage est indispensable mais "ne signifie pas non plus que des solutions parfaites peuvent être trouvées chaque fois, car la recherche du perfectionnisme paralyse la prise de décisions, mais qu'à partir du moment où un choix est fait, il faut être capable de l'expliquer et justifier les étapes du raisonnement qui ont l'ont motivé" [23].

Dans notre étude comme dans d'autres sources de la littérature [7;21;25;30], l'aspect "perturbant" de l'incertitude n'est pas incompatible avec la perception d'une **incertitude motivante**. Cependant ce vécu positif concerne une minorité de répondants. L'objectif premier d'une formation au "savoir-agir en situation d'incertitude" précoce et adaptée serait donc de promouvoir une vision stimulante de l'incertitude chez le plus grand nombre d'internes, en leur apportant des outils d'aide. Oui, l'incertitude peut amener le doute; "certes douter peut être une source d'angoisse. Mais l'angoisse peut être un moteur de l'action et du progrès. C'est parce que l'on doute que l'on peut avancer. C'est parce que l'on n'a pas de certitudes qu'il faut mener des travaux de recherche pour progresser. L'incertitude peut être féconde, ce qui n'est pas évident dans une époque et dans une société qui aiment la rationalité et la norme" [25].

Cette formation ne remplacera pas l'expérience car "la notion de niveau de compétence est à prendre en compte", "l'acquisition de compétences étant dynamique, évoluant en fonction de nombreux paramètres dont l'exposition à des situations-problèmes, la richesse du questionnement personnel, la qualité des recherches d'informations, l'expérience, donc le temps" [2].

Mais nous avons vu que, d'une part, les enjeux ne permettaient pas d'attendre que les internes acquièrent de l'expérience pour les former à cet apprentissage fondamental et d'autre part, l'expérience n'est pas suffisante en matière de "savoir-agir en situation d'incertitude" "On a parlé un petit peu du sujet en se disant que en fait l'incertitude, elle est partout en médecine générale... et que finalement, elle (MSU) qui avait aussi une bonne expérience, elle était aussi confrontée à des situations d'incertitude (3,C,II a).

III.2 Résultats PARTIE III.1 : Formation hors stage au "savoir-agir en situation d'incertitude": exemple du GEP 2

Dans notre étude comme dans la littérature [5;13;14;17;21;44;45], le mode "GEP" et au sens large les échanges entre pairs encadrés par l'enseignant, sont plébiscités par les internes. Dans la thèse de T.Catalan [44] concernant la maquette des enseignements du DES "idéal", les groupes d'échanges de pratique interactifs étaient appréciés, avec 71.2% des internes les considérant comme utiles. Dans celle de M.Bettes [13], les internes en SASPAS favorables à une formation pour apprendre à gérer l'incertitude préféraient une forme "atelier" type GEP à 81%.

Dans le développement du "savoir-agir en situation d'incertitude", l'élément le plus important mis en exergue par les internes de notre étude est d'en discuter avec des confrères, notamment pour

normaliser le sentiment d'incertitude. Leur ressenti semble nous orienter vers un enseignement plus long autour de l'incertitude dont la forme idéale reste à déterminer :

- Un GEP de 3 heures en supprimant la présentation orale de la partie diaporama et en optimisant ce temps pour présenter plus de situations expérientielles?
- Un séminaire?

Quoi qu'il en soit, la programmation des enseignements hors stage devrait, dans la mesure du possible, être cohérente avec les affectations de stage des internes, afin de favoriser les interactions entre enseignements en stage et hors stage. Concernant le cas particulier du GEP 2, actuellement traité en début de second semestre, ne devrait-on pas l'avancer en début de premier semestre? Car si quelques internes avaient des doutes sur leur capacité à traiter un tel sujet en tout début d'internat par "manque de maturité", nombre d'entre eux ont souligné les avantages d'une programmation précoce. Celle-ci permettrait de mettre en pratique sur leur lieu de stage les concepts véhiculés en GEP.

Le mode interactif du GEP se rapproche des groupes de pairs utilisés par les médecins généralistes dans la suite de leur exercice, pour développer leurs compétences. Dans sa thèse menée auprès de 146 médecins libéraux installés en Corrèze [21], M.Pince étudie l'influence de la participation à un groupe de pairs sur la gestion de l'incertitude : il ressort, de façon significative, que ceux qui y participent se servent plus souvent de l'avis de leurs confrères et ressentent globalement moins souvent anxiété et stress.

Parmi tous les internes interrogés ici, aucun ne participait à un groupe de pairs avec, comme principales justifications, l'absence d'opportunité et le manque de temps laissé libre par les services hospitaliers "Je pense que là, en tous cas, en ce moment, y a aussi une question de temps, on n' a pas le temps du tout quoi, on n'a même pas notre demi-journée de formation quoi si tu veux" (7,G,III). Sur le principe, tous se disaient intéressés pour y participer si l'occasion se présentait.

Les étudiants pointent aussi les limites du mode GEP 2 : en premier lieu, l'aspect enseignant-dépendant, également abordé dans d'autres thèses [39;46;47].

De nombreux internes dénoncent un manque d'encadrement des débats, regrettant que l'enseignant se contente de "superviser" sans apporter les "réponses" aux questions qu'ils se posent.

Ce qui nous amène à nous interroger : quid du positionnement de l'enseignant et de ses missions? Dans le mode d'apprentissage par compétences, l'enseignant est décrit comme un catalyseur, un "médiateur" selon Tardif, un "facilitateur accessoire" selon Knowles. Dans cette approche, plutôt que de mettre en avant "le rôle des professeurs qui enseignent à l'étudiant", c'est "le rôle de l'étudiant qui apprend de façon autonome, en interaction avec les professeurs" qui est privilégié. Mais l'enseignant ne doit pas pour autant s'effacer et même bien au contraire, devrait "partager ses

réflexions et encourager les étudiants à en faire autant" [29]. Le courant socioconstructiviste à l'origine de l'apprentissage par compétences met en effet l'accent "sur le contact avec les autres pour bâtir ses connaissances", notre compréhension d'une situation et de nos savoirs se faisant "en confrontant notre perception à celles des autres et en en discutant" [29].

Par ailleurs, il faut aider nos étudiants sortant du second cycle à réajuster leurs attentes vis à vis de l'enseignement. Ces anciens externes ont "grandi" dans un système hospitalier faussement sécurisant avec "une forme de déresponsabilisation vers le haut" [23] (hiérarchie). Ils ont du mal à se détacher du modèle traditionnel, où l'étudiant "attend que l'autorité ou le corps professoral lui transmette des connaissances comme des vérités et des réponses à ses questions, au lieu de les chercher lui-même" [23]. Ils n'ont pas appris à identifier les problèmes ni à chercher la façon de les résoudre "Avant le niveau 1, fin l'externat, on prend beaucoup moins de décision donc on se pose pas trop de la question et du coup, on y est pas tant que ça confronté" (12,L,I). Des étudiants de la faculté de Versailles racontent, à propos des enseignements collectifs monitorés (ECM) qui ne répondent pas à leurs attentes : "si tu viens pour avoir une recette, tu peux repartir tout de suite" [5]. Les ECM sont l'équivalent de nos GEP ou encore des groupes d'entraînement à l'analyse de situations professionnelles (GEASP) à Clermond-Ferrand et Nice.

Ainsi, à Versailles comme à Poitiers, les internes attendent des "solutions", des "clés", des "recettes" qui n'existent pas. En effet, le "savoir-agir en situation d'incertitude", comme les autres compétences, est un "savoir-agir contextualisé performant" [2]. Il ne peut donc pas s'agir "d'un processus stéréotypé mais, au contraire, d'un processus très "adaptable" pour trouver, ici et maintenant, la stratégie de résolution de problème(s) professionnel(s) la plus performante" [2].

Une interne de notre étude déplore : "les GEP, je trouve pas que ça apporte forcément des réponses sur comment prendre les choses en charge, parce qu'au final ça change pas on est toujours confronté à l'incertitude" (12,L,II a). Ces propos illustrent à quel point la "génération QCM" peine à rompre avec l'illusion de la certitude, faute de formation suffisante. Le besoin de tout protocoliser semble traduire le souhait inconscient de supprimer l'incertitude et pourrait mener à "l'incertitude balisée" décrite par la sociologue G.Bloy [12]. Nous y reviendrons tout à l'heure plus en détails. Ici, le risque majeur est de minimiser l'importance accordée aux plaintes profanes des patients au profit de "rassurantes" recommandations de bonnes pratiques. Afin d'éviter cet écueil, l'enseignement doit amener l'interne à un "processus de questionnement systématique et supervisé" puis à mobiliser et combiner des ressources pour parvenir, non pas à une solution, mais à une "action efficace et adaptée à un moment donné" pour "répondre à une situation professionnelle donnée".

Les internes disent rencontrer des difficultés pour "décontextualiser " les cas présentés en GEP 2, malgré la pertinence de ceux-ci.

Comme nous l'avons dit plus haut, une compétence est spécifique à un contexte. Le rôle pédagogique fondamental des enseignants est donc de pointer les spécificités liées au contexte

(contextualisation) et de faire comprendre les modifications induites par une modification du contexte (décontextualisation) [48]. Le travail de décontextualisation d'une situation par l'enseignant implique une "mise en relation avec des lois, des règles, des principes et des concepts généraux" [48] avant "d'identifier des occasions récurrentes de recontextualisation" (applications des apprentissages effectués dans des nouveaux contextes) [48]. Les enseignants-maîtres de stage du DES de médecine générale remplissent-ils ce rôle ? Parviennent-ils à s'appropriier les concepts et outils pédagogiques ?

Les internes réclament à leurs enseignants davantage d'interactivité, de partage de ressenti et d'expériences vécues. Les maîtres de stage-enseignants devraient "illustrer qu'ils sont aussi des apprenants", en rendant explicite "comment ils apprennent à partir des patients qu'ils prennent en charge, comment ils optimisent leurs pratiques à partir des problèmes qu'ils ne savent pas résoudre voire des erreurs qu'ils commettent, comment ils tirent profit des interactions qu'ils ont avec les autres professionnels de santé et avec leurs étudiants" [48].

Les diaporamas ont mauvaise réputation, de la forme jugée "inadaptée au thème" jusqu' au fond, un contenu "peu marquant" se contentant d'énoncer des règles de "bon sens". Ce que les internes voient comme des "évidences" sont en fait des concepts qu'ils souhaiteraient voir illustrés par "davantage de partage d'exemples concrets". Il serait ainsi plus facile pour eux de les mettre en application dans le futur.

De nouveau, on retrouve l'importance du processus de contextualisation-décontextualisation. Ce qui rejoint la littérature : "les recherches montrent que, sous réserve d'interventions pédagogiques appropriées, ce sont le plus souvent des situations particulières qui peuvent donner naissance à des compétences transversales susceptibles d'être transférées dans d'autres situations particulières. Mieux vaut donc exploiter les problèmes de santé auxquels sont réellement confrontés les résidents en contexte professionnel authentique, pour les aider à identifier des objectifs d'apprentissages contextualisés" [48]. "Une des conceptions erronées consiste à penser que des stratégies générales transférables peuvent être élaborées en dehors de contenus spécifiques" [48]. **Malgré les critiques, nous avons pu constater (partie Résultats) que la plupart des concepts énoncés lors du GEP et parfois appuyés par les MSU, avaient marqué les esprits des internes.**

Une interne a trouvé que les **thèmes du GEP1 et 2** étaient "**redondants**". Disons plutôt complémentaires, l'un n'allant pas sans l'autre. Le "savoir-agir en situation d'incertitude" passe forcément par une phase initiale d'élimination du diagnostic urgent. Pour aller plus loin, on pourrait questionner le bénéfice à traiter ces 2 thèmes lors d'un même enseignement (actuellement, le GEP 1 et 2 se déroulent séparément, l'un en premier semestre et l'autre en second). Cela impliquerait une gestion de ces enseignements par le même référent pédagogique, pour une cohérence d'ensemble.

III.3 Résultats PARTIE III.2 : Formation en stage au "savoir-agir en situation d'incertitude": exemple de stage de niveau 1

Une fois passé le cap de la prise de conscience initiale de l'incertitude, les internes se heurtent au manque de confiance en eux en situation d'incertitude. Cela se traduit dans leurs attentes concernant leurs MSU de niveau 1. La mise en autonomie adaptée (disponibilité du MSU, autonomisation progressive et débriefing) apparaît indispensable pour combler leur besoin de réassurance, pour gagner confiance, estime et ainsi, gravir les échelons de la pyramide de Maslow (Figure 7 p.45).

Comme nous l'avons vu dans la partie résultats, les **causes** identifiées de ce manque de confiance sont **multiples** :

- **le manque d'expérience**
- **le manque de connaissances**
- **le manque de connaissance d'eux même en situation d'incertitude**, qu'on pourrait définir par "l'incapacité à identifier son propre raisonnement" [23] mais aussi par la difficulté à identifier ses émotions, à les comprendre et à les maîtriser en contexte d'incertitude.

Un facteur aggravant est le caractère aigu de la situation. Plusieurs explications peuvent être envisagées :

- Le caractère "aigu" renvoie au stade précoce et parfois indifférencié d'un tableau, où la dimension d'incertitude diagnostique est au premier plan et maximale. Or, c'est celle qui préoccupe le plus les internes interrogés.
- Dans le tableau aigu peut intervenir la notion d'urgence qu'il faut savoir écarter, le temps ne pouvant alors être utilisé comme allié.
- Enfin, les plaintes profanes du patient en contexte aigu peuvent se révéler plus chargées d'émotions et de représentations inconscientes, car lui même n'a pas eu le temps de s'approprier ses symptômes.

Le deuxième facteur aggravant est le manque de légitimité du statut d' "interne" aux yeux des patients. Ce statut souffre en effet d'un manque de reconnaissance.

Dans sa thèse [51], P.Ridel fait elle aussi le constat du manque de confiance des internes: leurs acquisitions pour les items "accepte une part d'incertitude" et "confiance en soi" sont inférieures au niveau attendu. Elle remarque également que ce manque de confiance persiste malgré l'aide de la formation supervisée reçue et s'interroge sur la légitimité du sentiment d'angoisse chez des jeunes médecins en responsabilité d'hommes et de femmes.

Notre avis est le suivant : l'angoisse de ces jeunes médecins est certainement légitime et ne serait pas un problème en soi si elle n'était associée à un vécu négatif pouvant être inhibant pour le médecin et délétère pour le patient. En ce sens, la formation actuelle est perfectible : comme le souligne C.Ritter, elle "se doit d'être pensée de façon intégrale. C'est-à-dire, si elle comprend la phase inévitable de déstabilisation, voire désillusion de par les prises de conscience qu'elle engendre sur le métier choisi, elle se doit de prévoir et mettre en place une stratégie qui permette la reconstruction de la stabilité du futur professionnel" [23].

Face à l'importance de la problématique du manque de confiance des internes, on se dit que la formation devrait d'abord essayer d'agir sur les causes identifiées :

- Sur la première, le manque d'expérience, la formation ne peut pas agir directement : il faut laisser le temps faire son oeuvre. Cependant, elle peut aider l'étudiant de façon indirecte, en le confrontant le plus possible à des situations-problèmes pertinentes qui lui serviront dans son exercice futur. Cela rentre déjà dans les objectifs actuels de formation.
- Sur la seconde, le manque de connaissances, l'expérience a aussi un rôle à jouer, l'autoformation doit pallier au reste, mais cela, les internes semblent l'avoir bien compris.
- La plus intéressante pour nous est donc la troisième cause identifiée, le manque de connaissance de soi en situation d'incertitude, en lien direct avec l'incertitude de niveau 3 de Fox, l'incertitude qui "résulte d'une difficulté pour le praticien de faire la distinction entre ses propres limites et celles de la science".

A ce sujet, le professeur Guenter et son équipe canadienne nous proposent quelques stratégies pour "aider nos étudiants" [19] en situation d'incertitude. Nous les avons résumées comme suit :

- Encourager les étudiants à "**se préoccuper des émotions**", en étant à l'écoute d'eux même, "conscients des réactions émotionnelles" et de "ce qui déclenche ces réactions".
- "**Ralentir le raisonnement clinique**" par la promotion de la complexité : plutôt que de "rechercher une tendance qui ressemble à ce qu'ils reconnaissent aisément", leur apprendre les "satisfactions intellectuelles/relationnelles procurées par la recherche de ce qui est particulier et unique dans la personne en face de nous".
- "**Explorer la certitude au sein de l'incertitude**", c'est à dire "enseigner à nos étudiants à ne pas se sentir démolis par ce qu'ils ne savent pas, mais à plutôt être capables d'identifier et de décrire ce qu'ils savent effectivement et dont ils ont la certitude"
- "**Rejoindre le patient**", "passer à une relation" avec autrui "plutôt que de contrôler la rencontre". Il s'agit "d'avouer leur propre incertitude au patient", de faire preuve d'empathie en reconnaissant la légitimité de sa plainte et en "validant les symptômes du patient, sa réaction émotionnelle", d'instaurer une relation de partenariat quand cela est possible "Réfléchir tout haut avec le patient", de garder une attitude bienveillante "s'engager à «rester» avec le patient pendant qu'on explore des possibilités ou des stratégies pour améliorer la situation".

- **"En venir à une entente (pour aujourd'hui)"** et utiliser le temps comme allié si nécessaire "en médecine familiale, nous avons de nombreuses possibilités de revoir la situation avec les patients".

Concernant le "statut d'interne" souffrant parfois d'un manque de légitimité aux yeux du patient : le maître de stage peut et doit valoriser l'étudiant en le guidant vers l'autonomie et en s'effaçant quand cela est nécessaire, pour lui laisser une place. Certains MSU ont, semble-t-il, encore du mal à s'éclipser "(...) il connaissait tellement bien ses patients il était tellement paternaliste que dès qu'il voyait ses patients, il commençait à discuter et il venait quand même en fait interrompre la conversation (...)" (7,G,III). De plus, les patients ne connaissent pas la hiérarchie de l'hôpital et la désignation "interne" ne leur dit pas grand chose. On devrait encourager les MSU (certains le font déjà) à présenter leurs étudiants comme des "médecins en formation", par exemple.

La mise en oeuvre de telles stratégies permettrait sans doute de limiter le sentiment de manque de confiance et, du même coup, les mécanismes d'adaptation déployés par les internes face à une incertitude qu'on ne leur a pas appris à gérer. Nous avons décliné ces mécanismes, également décrits dans d'autres études [19;23], dans notre partie résultats :

-La surconsommation des ressources de santé, examens complémentaires et avis spécialisés.

-L'évitement.

En contexte d'incertitude, "la compétence perçue" est mise à mal chez les étudiants. Un réflexe de défense primitif entre alors en jeu chez ces jeunes médecins : le besoin de maintenir à tout prix "la toge de la compétence". Pour cela, "en tant qu'étudiants, nous avons tendance à éviter les situations qui révèlent notre incertitude ou, quand c'est impossible de le faire, nous la déguisons ou la repositionnons comme étant le problème d'autrui" [19].

Lors d'un entretien, une interne confie : "(...)je me suis dit que la prochaine fois, j'hésiterais pas quoi, que là j'avais hésité, si tu veux en palpant la masse j'ai regardé mon chef et ... de lui dire "ah mince", j'hésitais à lui dire au départ tu vois, je savais pas comment l'amener" (7,G, II b). Ces propos illustrent l'attitude "d'évitement". Face à cette incertitude qui le confronte à ses propres limites, le médecin ne trouve parfois d'autres solutions que le "blindage" ou "la fuite" [25]. Ainsi, il peut arriver que médecin "évite". Plus inquiétant, Ritter nous dit que cela concernerait également des "patients chez qui il a diagnostiqué une complication" [23]. Loin d'être anodin, le processus d'évitement peut nuire gravement à la relation médecin-patient et, dans des cas extrêmes, à la santé du patient lui-même. Il est donc urgent de mieux former nos médecins pour le prévenir!

-L'accumulation de connaissances médicales.

Cette dernière doit être mise au service du patient et surtout pas de "la recherche permanente d'actions conformes aux protocoles de « bonnes pratiques » élaborés sur une base d'objectivité tenue pour vérité absolue" [25].

Le risque de dérive est bien résumé par les propos recueillis par G.Bloy [12] auprès de MSU de

niveau 1 qui déplorent "une génération élevée au protocole", avec des étudiants "trop préoccupés par ce qu'ils considèrent comme le résultat, qui est leur question et pas celle du patient" "La dernière stagiaire je vois vraiment les excès. J'ai eu Mille ANAES !". Et ajoutent avec lucidité "c'est probablement la marque d'une grande fragilité d'être bardé de normes comme ça, avec un devoir d'exhaustivité, de réponse à tout ce que prévoit le protocole. Et parfois ça aboutit à inventer des réponses plutôt que d'admettre qu'on n'en a pas et que ça peut être plus productif de le reconnaître. C'est sans doute une façon de ne pas être écrasé par la responsabilité et l'inconfort, l'imprévisible". "Ça devient un dogme: tout ce qu'on fait doit être avec une référence, avec un manque d'esprit critique dramatique par rapport à ces référents qu'ils ont appris".

Les mécanismes d'adaptation détaillés ci-dessus concernent aussi les médecins plus expérimentés. En effet, les internes de notre étude ont relevé chez leurs MSU respectifs des tendances similaires aux leurs (abus d'avis spécialisés, de prescriptions...). Elles trahissent un rapport conflictuel à l'incertitude et des difficultés d'adaptation en situation d'incertitude. Cela nous renvoie directement à l'enquête sociologique qualitative approfondie de Géraldine Bloy, sociologue et maître de conférences à l'université de Bourgogne. Durant plusieurs années, Bloy s'est intéressée à la façon dont les médecins généralistes français "s'accommodent de l'incertitude et stabilisent plus ou moins une attitude par rapport à cette donnée importante de leur pratique" [12]. De son analyse est née une cartographie des positionnements des généralistes vis à vis de l'incertitude, organisée autour d'un axe orthonormé confrontant référence au savoir biomédical et considération des plaintes profanes des patients.

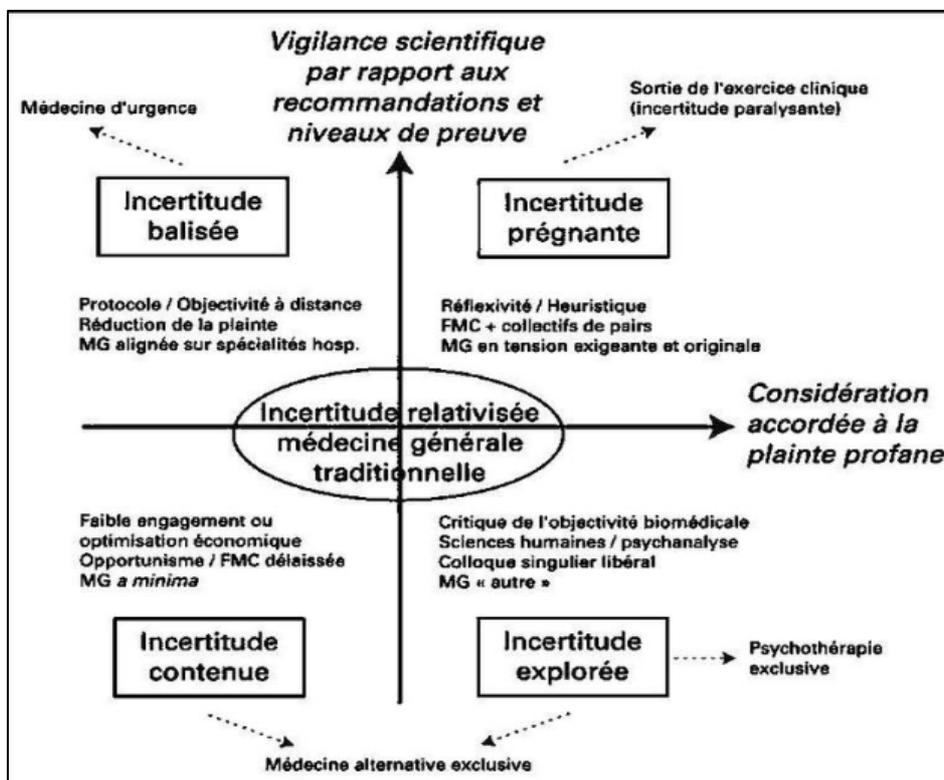


Figure 8 : cartographie des positionnements des généralistes vis à vis de l'incertitude selon Bloy

Chez les MSU de notre étude :

-**"La tendance à la surconsommation des ressources de santé"** serait compatible avec les modes d'exercice situés dans la partie gauche du schéma. Dans le cas de "l'incertitude contenue", les médecins multiplient parfois les demandes d'examens et/ou d'avis spécialisés pour compenser un interrogatoire et/ou examen clinique insuffisants. "La minimisation des efforts et/ou la maximisation des gains" [24] caractérisent leur pratique...

Dans le cas de "l'incertitude balisée", les omnipraticiens privilégient l'approche scientifique par rapport à l'approche humaniste et donnent la priorité aux recommandations de bonnes pratiques plutôt qu'aux plaintes profanes des patients. Avec un risque de surmédicalisation pour pallier au manque d'écoute...

-**"L'évitement"** peut s'observer aussi bien dans "l'incertitude contenue" que dans "l'incertitude balisée" décrites ci-dessus. Cette approche a pour effet de réduire la complexité voir, dans les cas extrêmes, de mettre en danger le patient, et n'est pas viable à long terme en médecine générale.

-Enfin, **"L'accumulation des connaissances"**, qu'on pourrait traduire par **"la maîtrise aussi parfaite que possible des connaissances médicales (...)"** (Fox, 1988). Pour être bénéfique, elle implique humilité et autocritique. C'est le cas dans "l'incertitude pregnante" en haut à droite du schéma de Bloy. Ici, les médecins sont tout à la fois attentifs aux plaintes profanes et soucieux de tenir compte des dernières recommandations de bonne pratique, donc assidus aux FMC. L'objectif de chaque DMG est de former de tels médecins, ceux qu'on pourrait appeler les "bons médecins". Ceux-là même qui appliquent avec justesse et passion le précepte de Jacques Aubert selon lequel "il faut savoir demeurer résolument curieux des êtres qui nous consultent et prompt à goûter aux savoirs biomédicaux les plus récents" [7].

A noter que, pour les internes de notre étude, tous ces mécanismes d'adaptation visent avant tout à se rassurer et à répondre à une incertitude mal tolérée. Comme les "bons médecins", ils connaissent l'importance de l'autoformation et sont à l'écoute de leurs patients. Dans leur cas, on serait donc plus proche de "l'incertitude paralysante" à l'extrémité en haut à droite du schéma, forme "d'incertitude pregnante" qui échappe au contrôle.

Bien sûr, et on se heurte ici aux limites de toute modélisation, il faut considérer que ces différents positionnements vis à vis de l'incertitude ne sont pas figés et sont même interchangeables; quelques évolutions possibles sont symbolisées par des flèches discontinues sur le schéma.

Afin de transmettre les valeurs du "bon médecin" aux internes qu'ils accueillent, les MSU, en tant que "modèles de rôle", devraient donc bénéficier d'une préparation pédagogique optimisée.

IV. Pistes de réflexion

IV.1 Formation pédagogique des MSU-enseignants

Certes, le paradigme d'apprentissage se centre sur l'étudiant mais le MSU ne doit pas être délaissé pour autant. Plusieurs publications le définissent comme "un modèle de rôle" [5;16] pour l'étudiant, un "modèle de rôle explicite à l'égard de la réflexion en action et sur l'action" [48]. Il est vrai qu'en stage, l'étudiant commence par être l'observateur, actif, de ce MSU qui le laisse entrer dans l'intimité de son cabinet et de ses patients. Cette relation est toute particulière : il s'agit pour l'étudiant d'arriver à s'affirmer pour se faire une place dans ce nouveau cadre et pour le maître de stage de l'aider à y parvenir... Il est primordial que celui-ci sache s'effacer lorsque nécessaire, afin de laisser à l'étudiant la possibilité de s'accomplir. Nous avons vu à quel point les internes souffraient d'un manque de confiance, parfois aggravé par le manque de légitimité de leur "statut d'interne" au yeux du patient...

Depuis 2017 et la révision de la maquette de DES de médecine générale [42], les internes font leur stage de niveau 1 en premier ou deuxième semestre. Les MSU accueillent donc des étudiants plus jeunes et, à fortiori, moins expérimentés. Dans ce contexte, la formation pédagogique des MSU a-t-elle été renforcée ?

A l'heure actuelle, le cursus pédagogique minimum requis pour être MSU en stage de niveau 1 est d'avoir 2 ans, au moins, d'exercice professionnel en médecine générale, et avoir validé le séminaire CNGE S1 ou S2+S3 [35], formation expertisée par les universitaires de médecine générale. Il serait intéressant de recueillir le ressenti des MSU sur le contenu de ces séminaires. S'estiment-ils suffisamment formés à l'animation? Sont-ils sensibilisés aux concepts, en particulier en matière de "savoir-agir en situation d'incertitude"?

L'aspect enseignant-dépendant est récurrent dans notre étude. Dans l'intérêt des internes, il paraît important que les aptitudes de chaque MSU puissent être potentialisées par une formation pédagogique qui répondrait à leurs besoins. Cette question est d'actualité en contexte de réforme du 3ème cycle [49]. En effet, le projet d'allonger la durée du DES de médecine générale à 4 ans, pour y intégrer une 4^{ème} année professionnalisante en ambulatoire dite "phase de consolidation", implique de recruter et donc de former de nouveaux MSU.

IV.2 Certification de la compétence "savoir-agir en situation d'incertitude" : une utopie?

L'évocation d'une formation au "savoir-agir en situation d'incertitude" appelle à une définition propre de cette compétence, pour le moment incluse dans la famille "Premier recours, incertitude, urgences".

Elle pose également la question de la certification de cette compétence par les MSU. A l'heure actuelle, ceux-ci disposent d'outils tels que "Les 11 familles de situations cliniques" et "Le

Référentiel des niveaux de compétence" pour évaluer la progression de l'interne. Plusieurs items de ce Référentiel sont en lien avec "le savoir-agir en situation d'incertitude", ce qui nous donne une idée du niveau atteint par les internes de notre étude :

-Plusieurs d'entre eux "acceptent une part d'incertitude" dans leur démarche décisionnelle, ce qui correspond déjà au niveau de compétence intermédiaire.

-Certains ont conscience de la complexité des situations cliniques et qu'il n'existe pas qu'une seule bonne réponse, ce qui correspond également au niveau intermédiaire.

-Les internes se sont bien appropriés le concept "utiliser le temps comme allié" et "en dehors de situation d'urgence, se donnent le temps", ce qui correspond au niveau compétent.

-Les internes ont encore tendance à "multiplier les examens complémentaires en cas de doute" pour se rassurer, ce qui correspond au niveau novice; cependant, ils en ont pris conscience, ce qui signifie qu'ils passeront bientôt au niveau de compétence supérieur.

Globalement les internes semblent donc avoir atteint le niveau attendu d'eux en début de "phase d'approfondissement", à savoir le niveau "intermédiaire". Cependant, il n'existe pas de grille critériée dédiée à l'évaluation du "savoir-agir en situation d'incertitude".

Plusieurs auteurs ont déjà proposé des stratégies de gestion de l'incertitude centrées sur le patient, comme dans l'article "Quand l'incertitude s'en mêle: travailler sans filet" [22] :

1. Consolider la relation médecin-patient

Reconnaître la légitimité de la démarche du patient
Exprimer son désir d'aider

2. Évaluer le problème

Effectuer une anamnèse et un examen minutieux

3. Expliciter son analyse

Expliquer sa caractérisation du problème
Exclure les diagnostics improbables
Répondre aux inquiétudes du patient
Exprimer son incertitude

4. Convenir d'un plan d'évaluation et de traitement

Expliquer le pronostic anticipé
Expliquer les options d'évaluation et de traitement
S'assurer de la compréhension et du consentement

5. S'engager à réévaluer le problème

Expliquer ce que serait une évolution inquiétante
Établir la limite de tolérance à l'incertitude
Donner des consignes claires de réévaluation

Dans la thèse de M.A Bousquet [24], la stratégie proposée pour "apprivoiser l'inévitable incertitude" est la suivante :

1. Connaître/établir son propre niveau de tolérance à l'incertitude.
2. Connaître les attentes du patient, sa raison de consulter ainsi que son rapport à l'incertitude.
3. Renforcer la relation médecin-patient : une relation médecin-patient de qualité, basée sur une histoire commune, est un atout incontestable pour gérer l'incertitude. Cette "compagnie d'investissement mutuel" permet au patient d'accepter plus facilement l'incertitude car il a acquis une confiance dans la compétence de son médecin. Cependant, dans un certain nombre de cas (nouveau patient, patient consultant de façon très occasionnelle, médecin remplaçant ou en début d'exercice) la gestion de l'incertitude devra se passer de cet acquis. Une façon de créer une bonne qualité de relation passe alors entre autre par la reconnaissance de la légitimité de la démarche du patient de venir consulter et par l'expression par le médecin du désir de l'aider.
4. Evaluer le problème de façon approfondie : anamnèse et examen minutieux.
5. Expliciter son analyse: expliquer sa caractérisation du problème plutôt que de vouloir à tout prix donner un diagnostic,exclure les diagnostics improbables, répondre aux inquiétudes du patient, exprimer sa propre incertitude, impliquer le patient dans la gestion de celle-ci pour le rendre actif.
6. Convenir ensemble d'un plan d'évaluation et de traitement.
7. S'engager à réévaluer le problème, explication de ce que serait une évolution inquiétante, formulation de consignes claires de réévaluation.

Malgré la part de subjectivité de toutes ces stratégies, les diverses sources [16;19;22;24] s'accordent à dire que "la formation des médecins pour faire face à l'incertitude devrait se concentrer sur la prise de décision partagée, l'évaluation minutieuse, l'exclusion du diagnostic différentiel préoccupant pertinent et établir une relation de confiance avec le patient" [16].

Ces stratégies pourraient-elles servir de pistes de trame pour une grille critériée d'évaluation ?

Parmi les qualités requises [36] pour une telle grille, on retrouve :

- La validité, afin de renseigner sur la réflexivité, la compréhension, l'acquisition de ressources de qualité et la capacité de les mobiliser et de les combiner dans l'action en vue d'un résultat pertinent.
- La reproductibilité, de façon à limiter les différences entre les évaluations d'apprentissages similaires. Dans ce modèle où ce que l'on souhaite évaluer est complexe et où le but est de faire progresser, la reproductibilité totale n'est ni possible ni indispensable. Il est néanmoins nécessaire de diminuer la variabilité des évaluations par l'utilisation de critères, la multiplication des lieux, des outils et des évaluateurs.
- La faisabilité, en sachant que plus la validité des outils augmente, plus ils sont complexes, et plus leur faisabilité diminue.

Pour l'évaluation de l'apprentissage "savoir-agir en situation d'incertitude", "les échelles descriptives qualitatives par items auraient l'avantage de permettre une évaluation plus crédible, tout en améliorant la reproductibilité entre évaluateurs" [36].

La finalité d'une certification propre au "savoir-agir en situation d'incertitude" serait, non pas de sanctionner les étudiants en difficultés, mais au contraire de les repérer précocement afin de les aider à progresser.

Contrairement aux stratégies [22] et [24], qui s'arrêtent au contexte de la consultation centrée patient et ne répondent pas à la problématique pourtant centrale du manque de confiance des internes, l'étude de Samuelson et al., elle, va plus loin : "L'expression des sentiments des stagiaires devrait être encouragée et reconnue par les formateurs comme un outil utile pour faire face à l'incertitude". Cela rejoint l'approche du canadien Guenter évoquée précédemment [19].

Il est également important d'élargir la vision au niveau sociétal. Dans notre société du "risque zéro", nombre de patients, "angoissés par leur situation indéterminée", exercent sur leur médecin "une pression visant à obtenir des certitudes qui n'existent pas" [25]. Afin de prévenir ce type de comportement, "le public doit être éduqué sur les limites de la base de connaissances médicales et le degré d'incertitude qui fait partie de chaque rencontre clinique" [16].

CONCLUSION

A une époque où la médecine moderne et ses exploits questionnent nos limites, les sources d'incertitude se multiplient, en particulier en premier recours. Le médecin généraliste, en bon "gestionnaire de la complexité" [7], doit savoir agir en situation d'incertitude sous peine de voir s'altérer sa qualité de vie, la qualité des soins et de la relation médecin/patient. Pourtant, la littérature tend à démontrer que la formation des étudiants dans ce domaine reste insuffisante et inadaptée aux exigences de la médecine de soins premiers.

Cette étude a consisté à recueillir le ressenti des principaux intéressés, les internes, sur leur formation au "savoir-agir en situation d'incertitude", en vue de l'améliorer et de limiter les impacts négatifs précédemment évoqués. Notre choix s'est porté sur les internes en 3ème semestre de DES de médecine générale, afin de réaliser une évaluation à mi-parcours d'internat, suffisamment précoce pour pouvoir perfectionner la formation à venir.

La synthèse des données recueillies lors des 12 entretiens semi-dirigés confirme le manque de préparation des étudiants à la réalité de l'incertitude quotidienne. Cette incertitude inhérente à la médecine générale est majoritairement vécue comme perturbante par les internes. La formation dispensée ne parvient pas à atténuer suffisamment leur grand manque de confiance, dont la cause principale est le manque de connaissance de soi (identification/compréhension/maîtrise de son raisonnement et de ses émotions) en situation d'incertitude.

Parce que les mécanismes d'adaptation déployés par les médecins mal préparés peuvent nuire à la qualité des soins, il est urgent de promouvoir le potentiel positif et stimulant de l'incertitude, celui qui encourage le médecin à s'interroger et à perfectionner ses compétences. Il faut "intégrer pleinement les enjeux de l'incertitude dans une clinique plus complexe, plus humaine, ne clivant plus technicité et humanité" afin de "définir une " clinique de l'incertitude " utile au changement des pratiques" [25].

Des pistes d'amélioration de la formation facultaire ont été proposées par les internes : un enseignement hors stage plus long sur l'incertitude, dont la programmation devrait idéalement être en cohérence avec les affectations en stage des internes, pour promouvoir l'interaction entre enseignements hors stage et en stage. Il pourrait prendre la forme d'un séminaire ou d'un GEP, éventuellement couplé avec le GEP 1. Son contenu devra être illustré par davantage d'exemples concrets et optimisé par une rétroaction pédagogique renforcée. Une sensibilisation des MSU aux enseignements hors stage et davantage de mise en autonomie en fin de stage sont également attendues.

Ce travail ouvre des perspectives sur de nouvelles études, notamment une étude avant/après pour évaluer l'évolution du ressenti des internes après perfectionnement de la formation, une étude de l'applicabilité des EHS en stage, une étude du ressenti des MSU sur leur propre formation pédagogique afin d'en déterminer les carences.

TABLE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : Lettre d'information envoyée aux internes sur leur messagerie universitaire

Bonjour,

Je réalise ma thèse de médecine générale sur l'**évaluation du ressenti des internes en 3ème semestre de DES de médecine générale à Poitiers concernant leur formation à la gestion de l'incertitude (GEP 2 et stage ambulatoire de niveau 1)**. Cette thèse est réalisée sous la direction du DR Pascal AUDIER, médecin généraliste en Charente.

Notre étude se fait via un entretien individuel semi-dirigé d'environ 30 minutes (durée modulable selon vos disponibilités). Cet entretien peut être mené en date, heure et lieu de votre choix.

L'entretien est enregistré par dictaphone, l'anonymat et la retranscription fidèle des données sont garantis. Je m'engage à envoyer les résultats de l'étude finale par mail.

Si vous êtes intéressé et disponible pour participer, je suis joignable par mail à l'adresse suivante: laura.jeanjean@outlook.fr ou par téléphone au XX XX XX XX XX. Vous pouvez aussi me communiquer votre numéro de téléphone pour que je puisse vous rappeler pour convenir d'une date de rendez-vous.

Merci par avance pour votre aide,

Laura JEANJEAN

ANNEXE 2: Fiche de renseignements à remplir par les internes

Age :

Sexe :

Faculté d'origine :

Semestre en cours :

Semestre de réalisation du stage de niveau 1 : 1er ou 2ème

MG: premier choix ou par défaut

Département GEP 2:

Profils des MSU en stage ambulatoire de niveau 1 (âge, sexe et lieu d'exercice)

Participation à un groupe de pairs?

ANNEXE 3: Grille d'entretien individuel

I. Introduction

Présentation de la thèse : travail qualitatif sur la formation au "savoir-agir en situation d'incertitude" (enseignements hors stage et en stage) au cours du DES de médecine générale à Poitiers.

II. Exposition des "règles du jeu"

Enregistrement de l'entretien avec accord

Caractère anonyme des données et retranscription fidèle des propos

III. Trame de questions

La notion d' "incertitude" en médecine générale : ça vous évoque quoi?

Outil d'enseignement GEP 2: "premier recours, prise de décision dans l'incertitude"

-Que pensez-vous de sa **forme** (technique d'enseignement)?

Grille préparatoire

Sélection et exposé de situations

Débat/ "groupe primaire" et enseignant-animateur

Support diaporama

-Que diriez-vous du **fond** (contenu d'enseignement)?

Thème

Analyse de situations cliniques authentiques

2 diaporamas (1. La démarche probabiliste appliquée à la prise de décision dans l'incertitude; 2. Les moyens utiles pour réduire l'incertitude)

Bibliographie

Stage de niveau 1

-Interne : Quelles difficultés avez-vous rencontrées? Impact(s) du GEP 2 sur la pratique en stage?

-MSU : Rapport à l'incertitude? Abord de l'incertitude avec l'étudiant? Connaissance de l'enseignement hors stage par les MSU ? Est-ce que cela aurait facilité l'apprentissage?

Pour vous, quelles seraient les modifications envisageables dans le cadre de l'apprentissage du "savoir-agir en situation d'incertitude" en GEP 2? En stage de niveau1?

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Sandid K, Nguyen Van Nhieu A, Barais M, Gilles de la Londe J. Déterminants des réactions face à l'incertitude des internes de médecine générale en France: l'étude DERFI-IMG [En ligne]. Paris 7ème: Université Diderot; 2016.
<http://presentations.congresmg.fr/presentations-2017/isprint/vendredi/01-sandid.pdf>
- [2] Le Mauff P, Bail Ph, Gargot F, et al. L'évaluation des compétences des internes de médecine générale. Aspects théoriques, réflexions pratiques. Exercer. 2005;73:63-9.
- [3] CNGE. (page consultée le 13/02/19). Concepts et principes pédagogiques, [En ligne].
https://www.cnge.fr/la_pedagogie/concepts_et_principes_pedagogiques/
- [4] DMG, Université de Poitiers. Document de synthèse du DES-MG Poitiers 2017 [En ligne]. Disponible sur : <https://bv.univ-poitiers.fr/access/content/group/edb1a182-b8f3-4062-aa81-5283b64b421a/resspub/3%20Programme%20du%20DES-MG/Document%20de%20synth%C3%A8se%20du%20DES-MG%202017.pdf>
- [5] Jami A. Perceptions et représentations des internes de médecine générale à l'égard d'un outil pédagogique issu du paradigme d'apprentissage. Pédagogie Médicale. 2012;13(1):27-37.
- [6] WONCA EUROPE. (page consulté le 11/03/19). La définition européenne de la médecine générale – Médecine de famille, [En ligne].
<http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
- [7] Aubert J. Médecine générale : complexité et incertitude. Rev Med Suisse. 2009;5:1680-1.
- [8] Bourdon MC. Le médecin est-il aussi un guérisseur? Département d'anthropologie Faculté des arts et des sciences [En ligne][Mémoire en vue de l'obtention du grade de maître des sciences en anthropologie]. Université de Montréal; 2007, 134 p.
https://www.journaldumauss.net/IMG/pdf/MarieClaudeBourdon_Guerison.pdf
- [9] Turrini M. Le médecin, le patient et l'incertitude. Places et déplacements de l'incertitude médicale. In : Soulet MH. Action et incertitude. Les épreuves de l'incertain; 2008.
- [10] Collège National des Généralistes Enseignants. (page consultée le 23/02/19). Présentation du DES. Novembre 2012, [En ligne]. https://www.cnge.fr/la_pedagogie/presentation_du_des/
- [11] Legifrance. (page consultée le 11/02/19). Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine, [En ligne].
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000034502881>
- [12] Bloy G. L'incertitude en médecine générale: sources, formes et accommodements possibles. Sci Soc Santé. 2008;26(1):67-91.
- [13] Bettés M. Etude de la tolérance à l'incertitude chez les internes en SASPAS de Midi-Pyrénées [En ligne] [Thèse de médecine].Toulouse III: Université Paul Sabatier; 2017, 45 p.
<http://thesesante.ups-tlse.fr/1691/1/2017TOU31017.txt.pdf>
- [14] Lajzerowicz C. Évaluation par les internes de médecine générale d'Aquitaine de la partie théorique du DES: portfolio,cours et thèse [En ligne] [Mémoire Diplôme Universitaire de Pédagogie]. 2016, 25 p. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01359022/document>

- [15].Cooke PG, Doust JA, Steele MC. A survey of resilience, burnout, and tolerance of uncertainty in Australian general practice registrars. BMC Med Educ. 2013;13:2.
- [16] Samuelson M, O Riordan M, Elwyn G, Dahinden A, Rk ZA, Ortiz MB, et al. Dealing with uncertainty in general practice: an essential skill for the general practitioner. Qual Prim Care. 2011;(19):175-81.
- [17] Torppa MA, Kuikka L, Nevalainen M, Pitkälä KH. Emotionally exhausting factors in general practitioners' work. Scand J Prim Health Care. 2015;33(3):178-83.
- [18] 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.
- [19] Guenter D, Fowler N, Lee L. L'incertitude clinique. Aider nos étudiants. Can Fam Physician. Jan 2011;57(1):123-5.
- [20] Bouchard-Lamothe D. (page consultée le 23/01/19). Enseigner à tolérer l'incertitude dans la décision médicale, [En ligne]. https://hopitalmontfort.com/sites/default/files/PDF/enseigner_a_tolerer_lincertitude_diane_bouchard_lamothe_0.pdf
- [21] Pince M. Gestion de l'incertitude en médecine générale: étude quantitative en Corrèze [En ligne] [Thèse de médecine]. Université de Limoge; 2013, 72 p. <http://www.sudoc.abes.fr//DB=2.1/SET=1/TTL=1/CLK?IKT=12&TRM=172328624>
- [22] Sanche G, Caire Fon N. Quand l'incertitude s'en mêle, travailler sans filet. Médecin Qué. Mai 2010, 45(5):37-41.
- [23] Ritter Raimundo Matias C. L'incertitude en médecine: de la vie professionnelle à la faculté [En ligne] [Mémoire de DESS : Formation en santé -- Stratégies et développement de formations en santé]. Université Paris Nord;2000, 71 p. http://www.catherineritter.ch/Pdf/UNIVERSITE_PARIS.pdf
- [24] Bousquet MA. Concepts en médecine générale : tentative de rédaction d'un corpus théorique propre à la discipline [En ligne][Thèse de médecine]. Paris VI: Université Pierre et Marie Curie; 2013, 199 p. <http://www.sftg.net/documents%20PDF/Concepts%20en%20Medecine%20Generale.pdf>
- [25] Ceccaldi J. Le concept d'incertitude. In: Barruel F, Bioy A. Du soin à la personne. Clinique de l'incertitude. Paris; 2013. p. 7-25.
- [26] Chicoulaa. B, Dupont AL. L'incertitude en médecine générale, quelles particularités ? Acte du Congrès inter régional de Toulouse; 3-4 Mars 2017.
- [27] Kandel O. Journée d'enseignement à thèmes libres en collaboration avec le CRP-IMG [En e] [Thèse de médecine]. Université de Limoge; 2013, 72 p. ligne]. Disponible sur : https://bv.univ-poitiers.fr/access/content/group/edb1a182-b8f3-4062-aa81-5283b64b421a/resspub/6%20Enseignements%20th%C3%A9oriques/Outils%20p%C3%A9dagogiques/Enseignement%20th%C3%A8mes%20libres%202017/2017%2001%2012%20G%C3%A9rer%20le%20risque%20d_erreur%20diagnostique%20incertitude%20diagnostique-Kandel.pdf
- [28] Schneider A, Wübken M, Linde K, Bühner M. Communicating and Dealing with Uncertainty in General Practice: The Association with Neuroticism. Plos one. 2014;9(7).
- [29] Caire Fon N, Sanche G. Je pense, donc je soigne, les dessous de la décision clinique. Médecin Qué. Mai 2010, 45(5):45-50.

- [30] Lorenzo M. Tolérance à l'incertitude en médecine générale: une démarche de théorisation ancrée à partir de 14 entretiens. *Exercer*. 2014;112(suppl 1):S6-S7.
- [31] Cooke G, Tapley A, Holliday E, Morgan S, Henderson K, Ball J et al. Responses to clinical uncertainty in Australian general practice trainees: a cross-sectional analysis. *BMC Med Educ*. 2017 Dec;51:1277-88.
- [32] Tarride C. Démarche cindynique en médecine générale. Proposition d'une méthode d'élaboration de conduites à tenir pour chaque définition du Dictionnaire des Résultats de Consultation. Test de faisabilité pour angine, épaule (ténosynovite), humeur dépressive, lombalgie et rhinopharyngite [En ligne][Thèse de médecine]. Université de Poitiers; 2016, 105 p.
http://www.sfmq.org/data/generateur/generateur_fiche/1332/fichier_these_celia_tarridec5af0.pdf
- [33] Parniere C. Incertitude diagnostique: quels ressentis pour les patients ? [En ligne] [Thèse de médecine]. Amiens : Université de Picardie Jules Vernes; 2017, 57 p.
<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01915334/document>
- [34] DMG, Université de Poitiers. Programme de DES de médecine générale. Promotion 2017-Madeleine Brès. Années universitaires 2017-2019 [En ligne]. Disponible sur :
<https://bv.univ-poitiers.fr/access/content/group/edb1a182-b8f3-4062-aa81-5283b64b421a/resspub/3%20Programme%20du%20DES-MG/Programme%20DES%20MG%202017.pdf>
- [35] DMG, Université de Poitiers. Synopsis de la maîtrise de stages ambulatoires de DES-MG [En ligne]. Disponible sur : <https://bv.univ-poitiers.fr/access/content/group/edb1a182-b8f3-4062-aa81-5283b64b421a/resspub/5%20Enseignements%20pratiques/Outils%20des%20stages%20ambulatoires/Outils%20administratifs/Synopsis%20du%20Stage%20Ambulatoire%20de%20DES-MG-1.pdf>
- [36] Chartier S, Le Breton J, Ferrat E, Compagnon L, Attali C, Renard V. L'évaluation dans l'approche *par compétences en médecine générale: Des fondements théoriques à la pratique*. *Exercer*. 2013;108:171-7.
- [37] Attali C, Bail P, Compagnon L, Ghasarossian C, Huez JF, Piriou C et al. (page consultée le 19/01/19). Référentiel des niveaux de compétence en médecine générale, [En ligne].
<https://bv.univ-poitiers.fr/access/content/group/edb1a182-b8f3-4062-aa81-5283b64b421a/resspub/5%20Enseignements%20pratiques/Outils%20communs%20aux%20stages%20A%20et%20H/Outils%20pédagogiques/Référentiel%20niveaux%20de%20compétence%20en%20MG.pdf>
- [38] Pasquier E. Comment préparer et réaliser un entretien semi-dirigé dans un travail de recherche en Médecine Générale. [En ligne][Mémoire]. Faculté Lyon Nord; 2004, 23 p.
https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/memoire_E_PASQUIER.pdf
- [39] Vincent N. Evaluation du ressenti des internes de TCEM 3 de la Faculté de Médecine De Poitiers par rapport aux GEAPI [En ligne][Thèse de médecine]. Université de Poitiers; 2014, 84 p.
<http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/fa044e59-40ef-47e9-88aa-9aa9cb437af3>
- [40] DMG, Université de Poitiers. Familles de situations cliniques types [En ligne]. Disponible sur :
<https://bv.univ-poitiers.fr/access/content/group/edb1a182-b8f3-4062-aa81-5283b64b421a/resspub/5%20Enseignements%20pratiques/Outils%20communs%20aux%20stages%20A%20et%20H/Outils%20p%C3%A9dagogiques/Familles%20de%20situations%20cliniques%20types%20en%20MG%20CNGE.pdf>
- [41] Observatoire des inégalités. (page consultée le 08/02/19). Filles et garçons dans l'enseignement supérieur : des parcours différenciés, données du 3 Mars 2017, [En ligne].
https://www.inegalites.fr/Filles-et-garcons-dans-l-enseignement-superieur-des-parcours-differencies?id_theme=22.

- [42] Elshoud S, Debeaupuis J, Perrey P, Allot F. Répondre aux besoins de santé en formant mieux les médecins: Propositions pour évaluer et réviser le troisième cycle des études médicales; 2017. Rapport IGAS n°2017-087R / IGAENR n°2017-119.
- [43] Régnier JC. (page consultée le 22/04/19). Méthodes qualitatives: L'enquête par entretien et quelques biais possibles, [En ligne].
http://jean-claude.regnier.pagesperso-orange.fr/joao_claudio/4PA16402/Entretien_biais.pdf
- [44] Cathalan T. Formation des internes de médecine générale: Opinions et attentes des internes vis-à-vis du DES de médecine générale « idéal » [En ligne][Thèse de médecine]. Université Paris Est Créteil; 2015, 96 p.
http://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/These_Enquete_internes_Cathalan_2015.pdf
- [45] Bideau C. Compréhension et adhésion à la notion de compétence des internes de T2 et T3 de médecine générale à la faculté Paris-Sud en 2014 et 2015: illustration avec la compétence « Savoir agir en situation d'incertitude » [En ligne] [Thèse de médecine]. Université Paris XI; 2016, 56 p. http://www.sfmq.org/data/generateur/generateur_fiche/1314/fichier_these-competences-bideaua70a6.pdf
- [46] Pailloux A. Les Groupes d'Echange de Pratique en 3ème Cycle de Médecine Générale : Impact ressenti par les internes sur leur attitude professionnelle [En ligne][Thèse de médecine]. Tours: Université François Rabelais; 2013, 39 p.
http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2013_Medecine_PaillouxAude.pdf
- [47] Duronéa C. Ressenti des internes de Médecine Générale de la faculté de Poitiers à propos des GEAPI. Enquête auprès de vingt-trois internes de TCEM 2 [En ligne][Thèse de médecine]. Université de Poitiers; 2014, 304 p.
<http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/b917b18b-1fb2-453d-9aef-c233c62b2059>
- [48] Jouquan J, Bail Ph. À quoi s'engage-t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage ? Pédagogie Médicale. 2003;4:163-75.
- [49] Collège National des Généralistes Enseignants. (page consultée le 23/02/19). CNGE com, N°4, Avril 2017, [En ligne]. https://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/CNGE_com_avril_17.pdf
- [50] Moussel E, Morel A. Percevoir l'incertitude de son médecin généraliste en consultation: analyse interprétative phénoménologique de vécus de patients [En ligne] [Thèse de médecine]. Université Grenoble; 2017, 97 p. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01618522/document>
- [51] Ridel P. Validation d'un référentiel de niveaux de compétence concernant le premier recours par des focus-group d'internes du DES de Médecine Générale [En ligne][Thèse de médecine]. Université Paris Descartes; 2013, 122 p. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01157146/document>
- [52] Valette T, DMG, Université de Poitiers. Approche pédagogie en DES de médecine générale à Poitiers [En ligne]. Disponible sur : https://bv.univ-poitiers.fr/access/content/group/edb1a182-b8f3-4062-aa81-5283b64b421a/resspub/4%20P%C3%A9dagogie%20du%20DES-MG/P%C3%A9dagogie%20d_enseignement%20en%20DES-MG%20%C3%A0%20Poitiers.pdf
- [53] Gélinas Proulx A, Dionne E. Mesure et évaluation en éducation [Compte rendu]. ADMEE-Canada. 2010;33(2):127-131.

RESUME

Contexte : Inhérente au métier de médecin généraliste, l'incertitude reste curieusement peu abordée dans les programmes pédagogiques et la préparation des jeunes médecins au "savoir-agir en situation d'incertitude" est insuffisante.

Objectif principal : évaluer le ressenti des internes en 3ème semestre de DES de médecine générale à Poitiers sur leur formation au "savoir-agir en situation d'incertitude".

Objectif secondaire : trouver des pistes d'amélioration afin de promouvoir la formation des internes au "savoir-agir en situation d'incertitude".

Méthode : une étude qualitative par 12 entretiens individuels semi-dirigés a été menée auprès d'internes volontaires au cours de leur 3ème semestre de DES de médecine générale à Poitiers (Promotion 2017), de décembre 2018 à Janvier 2019.

Résultats : les internes en 3ème semestre ont conscience de l'incertitude mais face à elle, sont en manque de confiance. Ils la perçoivent avant tout comme perturbante dans leur pratique quotidienne. Une minorité voit en elle une source de motivation. La formation en GEP 2 les aide à prendre conscience de l'incertitude et à en appréhender les concepts à travers le partage d'expérience. L'aspect enseignant-dépendant et le manque d'encadrement des débats les ont en revanche déçus. En stage de niveau 1, la mise en autonomie adaptée et les échanges autour de l'incertitude avec les MSU ont été bénéfiques. A l'inverse, la méconnaissance des EHS par les MSU et le manque d'interaction entre enseignements ont freiné l'apprentissage du "savoir-agir en situation d'incertitude". Les souhaits des internes pour leur formation future nous orientent vers un enseignement hors stage plus long sur l'incertitude. De forme GEP ou séminaire, son contenu devra être illustré par davantage d'exemples concrets. La rétroaction pédagogique devra idéalement être renforcée. Une sensibilisation des MSU aux enseignements hors stage et davantage de mise en autonomie en fin de stage sont également attendues.

Conclusion : les résultats confirment l'inadéquation de la formation actuelle avec l'exigence professionnelle de "savoir-agir en situation d'incertitude" pour le médecin généraliste. Les pistes d'amélioration suggérées par les internes seront déterminantes pour parfaire la formation dans ce domaine. Elles ouvrent des perspectives sur de nouvelles études, notamment une étude avant/après pour évaluer l'évolution du ressenti des internes après perfectionnement de la formation, un recueil du ressenti des MSU-enseignants concernant leur propre formation pédagogique.

Mots-clé : formation, savoir-agir en situation d'incertitude, entretiens individuels, poitiers, interne médecine générale, ressenti, GEP 2, stage de niveau 1.

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure 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 dans 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 le crime. 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 fidèle à mes promesses !
Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

