



**HAL**  
open science

# La tolérance à l'incertitude lors d'une prise de décision est une compétence complexe du médecin généraliste: Métasynthèse qualitative

Sylvain Pavageau, Anne-Sophie Bredillet, Antonio Lopez, Murielle  
Glondu-lassis

## ► To cite this version:

Sylvain Pavageau, Anne-Sophie Bredillet, Antonio Lopez, Murielle Glondu-lassis. La tolérance à l'incertitude lors d'une prise de décision est une compétence complexe du médecin généraliste: Métasynthèse qualitative. *Exercer*, 2023, 195, pp.312-21. hal-04214284

**HAL Id: hal-04214284**

**<https://hal.science/hal-04214284>**

Submitted on 30 Sep 2023

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

## **La tolérance à l'incertitude lors d'une prise de décision est une compétence complexe du médecin généraliste : métasynthèse qualitative**

Sylvain Pavageau (1)(2)

Anne-Sophie Bredillet (1)

Antonio Lopez (1)

Murielle Glondu (1)(2)

1: Département de médecine générale, Université de Montpellier-Nîmes, Montpellier, France.

2 : UMR 1302 Institut Desbrest d'Épidémiologie et de Santé Publique, INSERM, Univ Montpellier, Montpellier, France

### Introduction

Le raisonnement clinique est un processus de pensée aboutissant à une prise de décision permettant d'apporter une réponse à un problème de santé présenté par le patient. On distingue les processus analytiques, cognitifs (méthode hypothético-déductive, approches statistiques telle que le modèle Bayésien, ratios de probabilité, schéma décisionnel...) et les processus non analytiques, inconscients (1). Ces derniers sont regroupés sous la reconnaissance de schémas (*pattern recognition*). Il s'agit pour le médecin d'associer automatiquement un ensemble de symptômes à un schéma diagnostique spécifique, ou de le relier inconsciemment à un cas clinique antérieurement rencontré pour lequel un diagnostic avait alors été établi. Cette reconnaissance de schéma fait appel à l'expérience, elle peut donc être difficile à mettre en application pour les jeunes praticiens et conduire à de mauvaises prises de décision. Ce processus est également voué à l'échec quand il existe une discordance entre la représentation que se font les médecins d'une maladie et la façon dont elle se présente pour un patient donné (2). À ces processus diagnostiques s'ajoute une notion d'abord mise en évidence par une équipe Néerlandaise : le *gut feeling* (sentiment viscéral que l'on peut traduire par « à l'instinct »). Il est décrit à la fois comme un « sens de l'alarme », l'impression que quelque chose ne va pas dans la présentation du patient sans pouvoir précisément définir pourquoi, et comme un « sens de la réassurance », la certitude que la prise en charge est la bonne et évoluera vers un bon pronostic, même en l'absence d'un diagnostic clair (3–5). Cette intuition a un rôle dans la prise de décision (6). Le médecin généraliste (MG) a la particularité de rencontrer des pathologies particulièrement variées, et les patients peuvent se présenter avec des symptômes différents pour une pathologie donnée. C'est pourquoi les décisions prises en médecine générale diffèrent de celles prises dans d'autres disciplines : nommer précisément le diagnostic semble souvent moins important que de décider de la prise en charge adaptée. En soins premiers, les diagnostics peuvent être décrits en termes de décisions dichotomiques : traitement versus abstention thérapeutique, gravité ou non de la pathologie, nécessité ou non d'un avis spécialisé (7). La notion de prévalence des maladies en soins premier prend toute son importance (carré de White).

La notion d'incertitude dans le raisonnement clinique est un sujet d'études nombreuses. Différentes définitions existent (Fox (8), Beresford (9), Han et al. (10)), mais c'est surtout la gestion de l'incertitude et sa tolérance qui intéressent la Médecine Générale à travers la formation des étudiants et le retentissement sur le soignant. Les médecins en formation sont ceux qui ressentent le plus d'anxiété

liée à l'incertitude, ce qui conduit à une moindre satisfaction liée au travail (11). Les médecins plus expérimentés semblent mieux tolérer l'incertitude et moins craindre les erreurs médicales (12). L'incertitude ressentie par les internes lors de leurs prises de décision peut conduire à un retard de prise en charge et parfois, peut nuire au patient (13). La difficulté des médecins à accepter l'incertitude peut les conduire à demander plus d'examen complémentaires, pour se rassurer et rassurer le patient (14,15). Bloy G. a identifié plusieurs positionnements du MG par rapport à l'incertitude (16) (figure 1) en fonction de la considération accordée à la plainte « profane » et de la vigilance scientifique (niveau de preuve). Lorsque le médecin parvient à tolérer son incertitude, il s'oriente vers un traitement symptomatique, alors que lorsque l'incertitude n'est pas gérée, il tend à augmenter son niveau de certitude par des stratégies actives (examens complémentaires, avis spécialisé) (17). Dans ce champ portant sur l'incertitude, de nombreuses études qualitatives ont été répertoriées dont les méthodes d'analyse sont hétérogènes et les applications en soins premiers peu explicitées. Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature de synthèse de ces études qualitatives qui permettrait de produire de nouveaux cadres de compréhension d'une question aussi complexe : Comment le MG appréhende-t-il la notion d'incertitude dans ses prises de décisions en soins premiers ?

L'objectif de notre travail était d'apporter une analyse compréhensive de l'incertitude médicale dans la prise de décision en soins premiers, à partir d'une métasynthèse qualitative.

#### Méthode

Une synthèse des études qualitatives est pertinente lorsque l'objet de recherche concerne des concepts complexes pluridisciplinaires afin de synthétiser les résultats obtenus initialement et faire apparaître une théorisation plus complète, plus robuste, sur un phénomène. Une métasynthèse consiste à produire une synthèse qualitative en comparant et analysant les écrits afin de produire de nouvelles interprétations et de réduire la multiplication des recherches (18). Elle implique une intégration et une interprétation des données. Nous avons suivi la méthode décrite par Atkins et al. (19), développée initialement par Noblit et Hare dérivée de la méta-ethnographie, basée sur sept étapes.

1/ Définir la question de recherche, à partir de la littérature.

2/ Identifier les études pertinentes pour répondre à l'objectif de recherche : nous avons utilisé des équations de mots-clés dans les bases de données d'intérêt en MG : *PUBMED*, *Web of Science*, *Science Direct*, *EM premium*, *Cochrane library*, *Cairn*, *la BDSP*. L'équation de notre recherche était: « *uncertainty* » OR « *decision making* » OR « *gut feeling* » AND (« *general practice* » OR « *general practitioner* ») AND « *qualitative study* ». Nous avons ensuite sélectionné les études à partir de nos critères d'inclusion et d'exclusion (Tableau 1). La qualité des études incluses a été évaluée à l'aide de la grille CASP (*Critical Appraisal Skills Programme*) (20).

3/ Lire les écrits : les données extraites des études ont été relevées dans un tableur. Elles concernaient, pour chaque étude : les références de l'étude (titre et auteurs), la population étudiée, la méthode d'analyse utilisée, la/les question(s) et le/les objectif(s) de recherche, les thèmes primaires, correspondant à la partie « résultats » de chaque étude, les thèmes secondaires, correspondant aux données extraites de la partie « discussion » de chaque étude, les citations qui semblaient pertinentes.

4/ Déterminer la façon dont les études sont liées entre elles et

5/ effectuer une translation des thèmes extraits d'une étude à l'autre : pour ces 2 étapes simultanées, nous avons opéré une translation des thèmes qui consistait à comparer les thèmes identifiés d'une étude à l'autre. La translation des études est une interprétation (ligne d'argumentation) qui permet de révéler les résultats « cachés » dans les études prises individuellement. Les thèmes ont été relevés dans un journal de thématisation, à partir des thèmes primaires et secondaires identifiés dans chacune des fiches de recueil correspondant aux différentes bases (Tableau 2). Nous avons pu regrouper les thèmes, et nous assurer de leur validité au sein des différentes études, les confronter entre eux, et identifier la façon dont les études desquelles ils étaient extraits étaient liées entre elles : il s'agissait d'apparier les écrits (21).

6/ Synthétiser les translations : nous avons regroupé les thèmes entre eux sous de nouvelles catégories, les « thèmes-clés » ou thèmes tertiaires. Ces thèmes, issus de notre interprétation et de la translation réciproque, devaient se référer à des thèmes similaires des différents écrits, et apporter un nouvel éclairage sur la façon dont les MG appréhendaient l'incertitude lors de leur prise de décision. Ils étaient archivés dans le relevé des thèmes tertiaires.

7/ Écrire la synthèse (19) : Nous avons rédigé la synthèse en mettant en forme les résultats de l'analyse pour permettre la discussion. Nous nous sommes appuyés sur les protocoles ENTREQ (22,23) et eMERge, destinés à améliorer la clarté et l'exhaustivité du compte-rendu de la synthèse (24,25). 2 chercheurs ont effectué la metasynthèse avec triangulation de la sélection des études et de l'analyse des données. L'intégralité des fiches de recueil et d'analyses personnalisées sont disponibles sur un document numérique.

## Résultats

57 études ont été incluses dans notre metasynthèse (Figure 2) (26–82).

La qualité des études par la grille CASP a été jugée globalement satisfaisante et n'a pas entraîné d'exclusion. Les thèmes secondaires issus de la translation sont présentés dans le tableau 3. L'analyse a conduit à la construction de 5 thèmes-clé ou thèmes tertiaires.

Notre 1<sup>er</sup> thème tertiaire décrivait une décision s'appuyant sur le modèle de l'approche centrée patient, par une relation de confiance, et en s'adaptant au patient dans sa singularité. 43 études mettaient en avant que la décision nécessitait une bonne connaissance des antécédents, de ses habitudes, de son statut social et familial. Cela permettait de détecter une présentation inhabituelle, d'adapter les informations données au statut de compréhension du patient, d'identifier des seuils de recours à la consultation, de déchiffrer les indices non verbaux, comme le langage corporel du patient. Les MG insistaient sur la nécessité d'une écoute attentive et sincère. La décision était modulée par les caractéristiques du MG, en fonction de ses opinions, sa philosophie, ses compétences, son expérience, et la façon dont il avait mené son apprentissage. Les MG essayaient d'adopter une vision globale du patient, notamment en cas de polyopathologies. Ils hiérarchisaient les objectifs thérapeutiques, afin de donner la priorité aux symptômes qui leur semblaient les plus importants. A l'échelle de la patientèle,

lorsque l'accès aux avis spécialisés était restreint, cela permettait également de trier les patients par degré d'urgence. Les MG évaluaient toutes les options envisageables pour leur patient en fonction de sa situation individuelle et s'efforçaient de choisir la plus adaptée pour lui, dans son intérêt. Cette démarche prenait le nom de « *satisficing* » (47).

Notre 2<sup>ème</sup> thème tertiaire révélait une décision influencée par un sentiment viscéral : le *gut feeling*. Les décisions des MG étaient guidées par l'identification de signaux d'alarme, ou « drapeaux-rouges ». Eliminer l'urgence paraissait le plus important. Ceci s'inscrivait dans une sécurisation de la prise en charge : les MG donnaient les consignes qui devaient conduire à solliciter une nouvelle consultation, afin de réduire le niveau d'incertitude. Ils appliquaient un « filet de sécurité ». Dans la décision, l'impression globale donnée par le patient prévalait parfois sur le diagnostic. Le *gut feeling* dépendait de la durée de l'expérience professionnelle et de la solidité de la relation médecin-patient qui avait pu se créer au fil du temps. Il pouvait néanmoins être insuffisant et devait alors constituer un signal pour compléter l'examen, ou adresser le patient.

Notre 3<sup>ème</sup> thème tertiaire impliquait la nécessité de partager la décision et l'incertitude qui l'accompagne. Travailler en équipe avec ses pairs, ou avec les autres spécialistes, avec la possibilité de partager ses doutes et ses interrogations, était un moyen d'avoir un retour sur les prises en charge, et de canaliser l'incertitude. Il arrivait aux MG de douter de leur *gut feeling* et de solliciter celui de leurs pairs : partager un même ressenti confortait alors les MG dans leurs décisions, même si expliquer un *gut feeling* restait très complexe, surtout quand il n'était pas conforté par les signes cliniques. Par ailleurs, partager l'incertitude avec le patient permettait d'obtenir sa confiance et son soutien pour une prise en charge probabiliste. C'était une marque de confiance mutuelle et cela s'inscrivait dans une approche centrée sur le patient. Les MG évaluaient néanmoins au préalable la capacité du patient à se prendre en charge lui-même et à comprendre les informations données.

Notre 4<sup>ème</sup> thème tertiaire considérait que la décision dépendait du contexte, et était influencée par la notion de pression. La décision pouvait être influencée par le patient lui-même qui pouvait exercer une pression pour obtenir une prise en charge. Elle pouvait être influencée par l'entourage du patient (notamment dans le cas d'un enfant par exemple, quand il est difficile de rassurer les parents si le diagnostic n'est pas précis). Elle était influencée par la charge de travail, le stress et le temps de la consultation. Il était important de se laisser la possibilité de réévaluer plus tard une situation particulière. Les MG étaient sensibles aux aspects médico-légaux, la crainte de sanctions conditionnant parfois la demande d'avis spécialisés ou d'examen complémentaires. La décision dépendait bien sûr des moyens mis à la disposition des MG et de leur environnement d'exercice. Afin de mieux tolérer cette pression du temps, les MG pouvaient choisir de ne consulter que sur rendez-vous, ou adopter une pratique salariée sans tâches administratives.

Le 5<sup>ème</sup> thème tertiaire reflétait que la prise de décision en situation d'incertitude conditionnait le ressenti des MG vis-à-vis de leurs expériences de consultation. La frustration de ne pas pouvoir appliquer ses connaissances théoriques aux situations cliniques que l'on rencontre pouvait créer un sentiment de déception chez les internes de MG dès leurs premiers stages. Le manque de temps, la charge de travail et le manque de soutien étaient pourvoyeurs de stress. La peur de l'erreur, suite à des mauvaises

expériences par le passé, représentait un fardeau émotionnel qui, avec le manque de confiance en soi et le sentiment d'incompétence, augmentait le nombre de demandes d'avis spécialisés et d'exams complémentaires. Une autre conséquence de la peur de l'erreur était l'inertie thérapeutique : dans une situation inconfortable mais qui paraissait stable, les MG préféraient maintenir le *statu quo* plutôt que de modifier la prise en charge et d'exposer le patient à des effets indésirables. La démarche de priorisation que nous avons décrite précédemment soulevait des questions éthiques pour les MG soucieux de maintenir une égalité de prise en charge pour tous leurs patients. Certains MG décrivaient la notion de dignité professionnelle, c'est-à-dire arriver à une prise en charge acceptable et convenable pour le patient même s'ils n'avaient pas la certitude que ce soit la meilleure. L'amélioration des connaissances et de l'expérience n'apportait pas plus de certitudes, mais plus de prudence et d'humilité (63,69,71). Tous les MG ne voyaient pas l'incertitude comme un élément négatif de leur pratique. Ils étaient conscients de la nécessité de séparer le sentiment d'incertitude du sentiment d'incompétence (79,81).

## Discussion

De nombreux résultats isolés dans les études qualitatives ont pu être réinterprétés et renforcés par notre méthode originale et rigoureuse d'analyse secondaire. Il n'est pas surprenant de retrouver dans notre méta-synthèse que les MG adaptaient leur décision en contexte d'incertitude en intégrant l'approche centrée patient, la décision partagée et en adaptant l'EBM au contexte spécifique des soins premiers.

La nécessité de recueillir minutieusement les données cliniques du patient et d'écouter attentivement sa plainte afin d'établir une relation de confiance avait déjà été identifiée comme moyen de mieux prendre en compte l'incertitude (83). Dans ce contexte, s'appuyer sur le *gut feeling* est utile sans que cela soit toujours suffisant. Une étude a montré que si l'intuition s'améliorait avec l'expérience, elle n'excluait pas le risque d'erreur (84). C'est pourquoi les MG cherchent à confirmer ou infirmer leur intuition par une analyse minutieuse, sur un mode de raisonnement réflexif (85). La notion d'incertitude décisionnelle soumise aux pressions décrites dans notre étude influence le mode d'exercice : les MG sont sensibles aux contraintes temporelles, certains MG s'orientent vers une pratique salariée en centre de soins, et la plupart organisent des consultations uniquement sur rendez-vous (86). Le besoin de partager l'incertitude avec ses pairs explique en partie pourquoi les jeunes MG souhaitent exercer en pluriprofessionnel, et avec un réseau de soins secondaires efficace comme le montrait une étude nationale de 2015 (87). Partager les mêmes valeurs au sein d'un même groupe professionnel peut améliorer le travail d'équipe et les prises de décision communes (88). Au-delà de ce partage entre pairs, l'incertitude devrait être partagée avec le patient, comme la décision qui l'accompagne. Ce résultat renforce la dimension éthique de la relation médecin-patient. Dans une étude, lorsque le MG exprimait son incertitude, les patients pouvaient être rassurés s'ils constataient qu'il adoptait une démarche scientifique rigoureuse et prenait en compte leur cas singulier. L'incertitude, bien que déstabilisante, pouvait renforcer la relation médecin-patient (89). L'étude de Alam et al. montre que dans la dimension éthique de la gestion de l'incertitude, certains MG restaient réticents à dévoiler leur incertitude au patient s'ils pressentaient une réaction négative de sa part, et que les jeunes MG étaient plus enclins à cacher leur incertitude à leur patient que les MG expérimentés (90). L'acceptation de l'incertitude s'améliorerait

donc avec l'expérience, ce qui rejoint nos résultats. Par ailleurs, dans les situations où il existe une incertitude sur les données sur lesquelles doit s'appuyer la décision, comme c'est le cas de la plupart des consultations de MG, les décideurs peuvent donner la priorité à certaines sources d'information par rapport à d'autres. Cette démarche, qu'on appelle le *satisficing*, permet de réduire l'effort de réflexion et le temps consacré à la décision. Ceci permet aux MG de parvenir à une décision « suffisamment satisfaisante » dans le délai imparti, lorsque le volume de données est trop important (91,92). Pour lutter contre l'incertitude intrinsèque aux preuves médicales (c'est-à-dire le dilemme que ressentent les médecins à appliquer des recommandations générales à un patient particulier) une stratégie serait d'utiliser des décisions provisoires. Ces décisions permettraient de faire évoluer les priorités au cours du temps, d'éviter de se rassurer trop vite à partir d'un seul examen complémentaire particulier, et d'éviter la création du « mythe de la certitude » (Tanenbaum, 2005, traduction libre) (93,94).

La méthode était innovante, adaptée à l'objectif d'étude d'un champ complexe pluridisciplinaire aux composantes subjectives. Seule cette méthode permet une recombinaison des résultats avec un degré supérieur de théorisation. Cette analyse n'a pas apporté d'élément particulièrement innovant mais a renforcé les concepts existants. Elle permet d'avoir une lecture synthétique des moyens d'appréhender l'incertitude. Ce type d'approche vise à « fournir un niveau d'analyse plus élevé, générer de nouvelles questions de recherche et réduire la duplication des recherches » (19). L'absence de réelle innovation dans les résultats de notre étude est un élément finalement intéressant : faut-il encore poursuivre les études dans ce champ ? Les critères de qualité ont été respectés à chaque étape. Nous nous sommes appuyés sur des référentiels validés, tels que le guide eMERge et la grille CASP pour inclure des études suffisamment solides. L'intégralité de notre recherche a été triangulée par deux chercheurs. Parmi les limites, nous n'avons plus recherché les articles par remontée de filières, ce qui a pu nous priver d'autres études potentiellement intéressantes. Les données étaient extraites à partir de l'interprétation des auteurs des études sources, nous n'avons pas accès à la retranscription littérale des entretiens des auteurs avec les participants.

Intégrer l'incertitude dans la décision médicale est donc un enjeu majeur en pédagogie médicale. C'est une compétence spécifique complexe à acquérir pour le DES de MG, à associer aux autres modèles d'aide à la décision et à appliquer en situation de stage, lors d'échanges entre pairs ou autour de la gestion de l'erreur (95–97). L'aborder dès le 2<sup>ème</sup> cycle est pertinent : en effet, des traits de caractère et de personnalité en rapport avec une mauvaise tolérance à l'incertitude conduiraient les étudiants à écarter la MG de leur choix de spécialité. Il faut encourager les étudiants à être conscients de leurs propres émotions et à les exprimer (98). Une proposition pédagogique consisterait à changer les attentes des médecins et des patients concernant la nécessité de poser un diagnostic précis : il serait plus opportun de parler en termes d'hypothèses (99). Motte et al. ont montré que la gestion de l'incertitude ne « dépend pas seulement des savoirs que l'on est capable de mobiliser mais aussi de la façon dont on constitue et mobilise ces savoirs » (100). Ils définissent ainsi la notion d'épistémologie personnelle, constituée des « convictions (ou croyances) que nous avons sur ce qu'est la connaissance (certitude et simplicité de la connaissance) et comment nous comprenons, intégrons et mettons en application la connaissance (sources et justifications des connaissances) » (101). Les individus mobilisent ces croyances épistémologiques de façon variable en fonction de chaque situation

rencontrée et de facteurs qui leur sont personnels. Ainsi plus un étudiant mobilise son épistémologie personnelle, plus il est à même de tolérer son incertitude vis-à-vis d'une situation donnée. Notre recherche renforce les messages pédagogiques à proposer aux étudiants afin de limiter l'impact potentiel des expériences décisionnelles difficiles : l'incertitude ne disparaît pas avec l'expérience mais le développement des compétences réflexives du MG lui permet d'améliorer sa façon de l'appréhender (101). Faire preuve d'humilité et se donner les moyens de réfléchir à sa propre pratique sont une force pour le MG, et ces aptitudes contribuent à améliorer la dignité professionnelle. Cette notion peu mentionnée dans les études précédentes est une stratégie à étudier : le MG fait son possible pour prendre les décisions qu'il estime les meilleures en accord avec sa conscience professionnelle. Il fait des compromis tant qu'ils lui semblent acceptables et qu'ils répondent à une pratique de la médecine qu'il estime satisfaisante, à défaut d'être excellente, en accord avec ses propres valeurs. Prendre conscience de ses propres valeurs peut permettre au MG de prendre des décisions qui soient plus centrées sur le patient.

## Références

1. Nendaz M, Charlin B, Leblanc V, Bordage G. Le raisonnement clinique: données issues de la recherche et implications pour l'enseignement. *Pédagogie Médicale*. nov 2005;6(4):235-54.
2. Goyder CR, Jones CH, Heneghan CJ, Thompson MJ. Missed opportunities for diagnosis: lessons learned from diagnostic errors in primary care. *Br J Gen Pract*. 1 déc 2015;65(641):e838-44.
3. Stolper E, van Bokhoven M, Houben P, Van Royen P, van de Wiel M, van der Weijden T, et al. The diagnostic role of gut feelings in general practice A focus group study of the concept and its determinants. *BMC Fam Pract*. 18 févr 2009;10:17.
4. Stolper E, Van Royen P, Van de Wiel M, Van Bokhoven M, Houben P, Van der Weijden T, et al. Consensus on gut feelings in general practice. *BMC Fam Pract* [Internet]. déc 2009 [cité 5 déc 2018];10(1). Disponible sur: <http://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-10-66>
5. Coppens M, Barraine P, Barais M, Nabbe P, Berkhout C, Stolper E. L'intuition en médecine générale : validation française du consensus néerlandais « gut feelings ». 2010;22:5.
6. Stolper E, Van de Wiel M, Van Royen P, Van Bokhoven M, Van der Weijden T, Dinant GJ. Gut Feelings as a Third Track in General Practitioners' Diagnostic Reasoning. *J Gen Intern Med*. févr 2011;26(2):197-203.
7. Summerton N. Making a diagnosis in primary care: symptoms and context. *Br J Gen Pract*. 2004 Aug;54(505):570-1. PMID: 15296552; PMCID: PMC1324833.
8. Fox RC. L'incertitude médicale. Ciaco-L'Harmattan. Louvain-la-Neuve; 202 p.
9. Beresford EB. Uncertainty and the Shaping of Medical Decisions. *Hastings Cent Rep*. juill 1991;21(4):6.
10. Han PKJ, Klein WMP, Arora NK. Varieties of Uncertainty in Health Care: A Conceptual Taxonomy. *Med Decis Making*. 1 nov 2011;31(6):828-38.
11. 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.
12. Nevalainen M, Kuikka L, Pitkälä K. Medical errors and uncertainty in primary healthcare: A comparative study of coping strategies among young and experienced GPs. *Scand J Prim Health Care*. juin 2014;32(2):84-9.
13. Farnan JM, Johnson JK, Meltzer DO, Humphrey HJ, Arora VM. Resident uncertainty in clinical decision making and impact on patient care: a qualitative study. *Qual Saf Health Care*. 1 avr 2008;17(2):122-6.
14. van der Weijden T, van Bokhoven MA, Dinant G-J, van Hasselt CM, Grol RPTM. Understanding laboratory testing in diagnostic uncertainty: a qualitative study in general practice. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. déc 2002;52(485):974-80.
15. van der Weijden T, van Velsen M, Dinant G-J, van Hasselt CM, Grol R. Unexplained Complaints in General Practice: Prevalence, Patients' Expectations, and Professionals' Test-Ordering Behavior. *Med Decis Making*. mai 2003;23(3):226-31.



16. Bloy G. L'incertitude en médecine générale : sources, formes et accommodements possibles. *Sciences sociales et santé*, 2008/1 (Vol. 26), p. 67-91.
17. Lorenzo M. Tolérance à l'incertitude en médecine générale une démarche de théorisation ancrée à partir de 14 entretiens. Strasbourg; 2013.
18. Noblit GW, Hare RD. Chapter 5: Meta-Ethnography: Synthesizing Qualitative Studies. *Counterpoints*. 1999;44:93-123.
19. Atkins S, Lewin S, Smith H, Engel M, Fretheim A, Volmink J. Conducting a meta-ethnography of qualitative literature: Lessons learnt. *BMC Med Res Methodol* [Internet]. déc 2008 [cité 5 mai 2019];8(1). Disponible sur: <https://bmcmmedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2288-8-21>
20. Programme de lecture critique d'article - CASP (Critical appraisal skills programme) Oxford [Internet]. Disponible sur: <http://www.lca-ecn.info/images/LCA/CASP/Etude%20qualitative.pdf>
21. Fisher M, Qureshi H, Hardyman W, Homewood J. Using qualitative research in systematic reviews: Older people's views of hospital discharge. :78.
22. Tong A, Flemming K, McInnes E, Oliver S, Craig J. Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research: ENTREQ. *BMC Med Res Methodol* [Internet]. déc 2012 [cité 6 janv 2020];12(1). Disponible sur: <https://bmcmmedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2288-12-181>
23. Gedda M. Traduction française des lignes directrices ENTREQ pour l'écriture et la lecture des synthèses de recherche qualitative. *Kinésithérapie Rev*. janv 2015;15(157):55-8.
24. France EF, Ring N, Noyes J, Maxwell M, Jepson R, Duncan E, et al. Protocol-developing meta-ethnography reporting guidelines (eMERGe). *BMC Med Res Methodol* [Internet]. déc 2015 [cité 6 janv 2020];15(1). Disponible sur: <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/15/103>
25. France EF, Cunningham M, Ring N, Uny I, Duncan EAS, Jepson RG, et al. Improving reporting of meta-ethnography: the eMERGe reporting guidance. *BMC Med Res Methodol* [Internet]. déc 2019 [cité 27 janv 2020];19(1). Disponible sur: <https://bmcmmedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12874-018-0600-0>
26. McKelvie S, Moore A, Croxson C, Lasserson DS, Hayward GN. Challenges and strategies for general practitioners diagnosing serious infections in older adults: a UK qualitative interview study. *Bmc Fam Pract*. 26 avr 2019;20:56.
27. Moore A, Croxson C, McKelvie S, Lasserson D, Hayward G. General practitioners' attitudes and decision making regarding admission for older adults with infection: a UK qualitative interview study. *Fam Pract*. août 2019;36(4):493-500.
28. Oslislo S, Heintze C, Schmiedhofer M, Moeckel M, Schenk L, Holzinger F. How to decide adequately? Qualitative study of GPs' view on decision-making in self-referred and physician-referred emergency department consultations in Berlin, Germany. *Bmj Open*. juin 2019;9(4):e026786.
29. Tzartzas K, Oberhauser P-N, Marion-Veyron R, Bourquin C, Senn N, Stiefel F. General practitioners referring patients to specialists in tertiary healthcare: a qualitative study. *Bmc Fam Pract*. 1 déc 2019;20(1):165.
30. Bertheloot K, Deraeve P, Vermandere M, Aertgeerts B, Lemiengre M, De Sutter A, et al. How do general practitioners use « safety netting » in acutely ill children? *Eur J Gen Pract*. 2016;22(1):3-8.
31. Bösner S, Hartel S, Diederich J, Baum E. Diagnosing headache in primary care: a qualitative study of GPs' approaches. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. sept 2014;64(626):e532-537.
32. Bruyninckx R, Van den Bruel A, Hannes K, Buntinx F, Aertgeerts B. GPs' reasons for referral of patients with chest pain: a qualitative study. *BMC Fam Pract*. 31 juill 2009;10:55.
33. Dallas A, van Driel M, van de Mortel T, Magin P. Antibiotic prescribing for the future: exploring the attitudes of trainees in general practice. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. sept 2014;64(626):e561-567.
34. de Bont EGPM, Peetoom KKB, Moser A, Francis NA, Dinant G-J, Cals JW. Childhood fever: a qualitative study on GPs' experiences during out-of-hours care. *Fam Pract*. août 2015;32(4):449-55.
35. Geneau R, Lehoux P, Pineault R, Lamarche P. Understanding the work of general practitioners: a social science perspective on the context of medical decision making in primary care. *BMC Fam Pract*. 19 févr 2008;9:12.
36. Kim KK, Yeong L-L, Caterson ID, Harris MF. Analysis of factors influencing general practitioners' decision to refer obese patients in Australia: a qualitative study. *BMC Fam Pract*. 8 avr 2015;16:45.
37. McDermott C, Coppin R, Little P, Leydon G. Hospital admissions from nursing homes: a qualitative study of GP decision making. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. août 2012;62(601):e538-545.
38. Mears R, Sweeney K. A preliminary study of the decision-making process within general practice. *Fam Pract*. oct 2000;17(5):428-9.

39. Mercier A, Auger-Aubin I, Lebeau J-P, Van Royen P, Peremans L. Understanding the prescription of antidepressants: a Qualitative study among French GPs. *BMC Fam Pract.* 24 sept 2011;12:99.
40. Michiels-Corsten M, Bösner S, Donner-Banzhoff N. Individual utilisation thresholds and exploring how GPs' knowledge of their patients affects diagnosis: a qualitative study in primary care. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* mai 2017;67(658):e361-9.
41. Nixon M, Kousgaard MB. Organising medication discontinuation: a qualitative study exploring the views of general practitioners toward discontinuing statins. *BMC Health Serv Res.* 07 2016;16:226.
42. O'Brien D, Harvey K, Young B, Reardon T, Creswell C. GPs' experiences of children with anxiety disorders in primary care: a qualitative study. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* déc 2017;67(665):e888-98.
43. Oliva B, March S, Gadea C, Stolper E, Esteva M. Gut feelings in the diagnostic process of Spanish GPs: a focus group study. *BMJ Open.* 09 2016;6(12):e012847.
44. Roberts J, Crosland A, Fulton J. GPs' responses to adolescents presenting with psychological difficulties: a conceptual model of fixers, future planners, and collaborators. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* mai 2014;64(622):e254-261.
45. Rüksam M-L, Esch M, Baum E, Bösner S. Diagnosing skin disease in primary care: a qualitative study of GPs' approaches. *Fam Pract.* oct 2015;32(5):591-5.
46. Sinnige J, Korevaar JC, van Lieshout J, Westert GP, Schellevis FG, Braspenning JC. Medication management strategy for older people with polypharmacy in general practice: a qualitative study on prescribing behaviour in primary care. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* août 2016;66(649):e540-551.
47. Sinnott C, Hugh SM, Boyce MB, Bradley CP. What to give the patient who has everything? A qualitative study of prescribing for multimorbidity in primary care. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* mars 2015;65(632):e184-191.
48. van der Weijden T, van Bokhoven MA, Dinant G-J, van Hasselt CM, Grol RPTM. Understanding laboratory testing in diagnostic uncertainty: a qualitative study in general practice. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* déc 2002;52(485):974-80.
49. van Peet PG, Drewes YM, Gussekloo J, de Ruijter W. GPs' perspectives on secondary cardiovascular prevention in older age: a focus group study in the Netherlands. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* nov 2015;65(640):e739-747.
50. Ashdown HF, Raeisaenen U, Wang K, Ziebland S, Harnden A. Prescribing antibiotics to "at-risk" children with influenza-like illness in primary care: qualitative study. *Bmj Open.* 2016;6(6):e011497.
51. Balla J, Heneghan C, Thompson M, Balla M. Clinical decision making in a high-risk primary care environment: a qualitative study in the UK. *Bmj Open.* 2012;2(1):e000414.
52. Barais M, Morio N, Breton AC, Barraine P, Calvez A, Stolper E, et al. « I Can't Find Anything Wrong: It Must Be a Pulmonary Embolism »: Diagnosing Suspected Pulmonary Embolism in Primary Care, a Qualitative Study. *Plos One.* 19 mai 2014;9(5):e98112.
53. Bell HT, Steinsbekk A, Granas AG. Factors influencing prescribing of fall-risk-increasing drugs to the elderly: A qualitative study. *Scand J Prim Health Care.* 2015;33(2):107-14.
54. Berney L, Kelly M, Doyal L, Feder G, Griffiths C, Jones IR. Ethical principles and the rationing of health care: a qualitative study in general practice. *Br J Gen Pract.* août 2005;55(517):620-5.
55. Bose P, Tarrant C, Mistri AK, Wilson A. Managing uncertainty: a qualitative study of GPs' views on the diagnosis and immediate management of transient ischaemic attack and the potential of a diagnostic tool. *Fam Pract.* 12 déc 2018;35(6):738-43.
56. Brennan CA, Somerset M, Granier SK, Fahey TP, Heyderman RS. Management of diagnostic uncertainty in children with possible meningitis: a qualitative study. *Br J Gen Pract.* août 2003;53(493):626-31.
57. Brookes-Howell L, Hood K, Cooper L, Coenen S, Little P, Verheij T, et al. Clinical influences on antibiotic prescribing decisions for lower respiratory tract infection: a nine country qualitative study of variation in care. *Bmj Open.* 2012;2(3):e000795.
58. Calnan M, Payne S, Kemple T, Rosedale M, Ingram J. A qualitative study exploring variations in GPs' out-of-hours referrals to hospital. *Br J Gen Pract.* sept 2007;57(542):706-13.
59. Cohen DA, Aylward M, Rollnick S. Inside the fitness for work consultation: a qualitative study. *Occup Med-Oxf.* août 2009;59(5):347-52.
60. Espeland A, Baerheim A. Factors affecting general practitioners' decisions about plain radiography for back pain: implications for classification of guideline barriers – a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* déc 2003;3(1):8.
61. Evans J, Ziebland S, MacArtney J, Bankhead CR, Rose PW, Nicholson BD. GPs' understanding and practice of safety netting for potential cancer presentations: a qualitative study in primary care. *Br*

J Gen Pract. juill 2018;68(672):E505-11.

62. Fuat A. Barriers to accurate diagnosis and effective management of heart failure in primary care: qualitative study. *BMJ*. 25 janv 2003;326(7382):196-196.
63. Hogberg C, Samuelsson E, Lilja M, Fharm E. Could it be colorectal cancer? General practitioners' use of the faecal occult blood test and decision making - a qualitative study. *Bmc Fam Pract*. 26 oct 2015;16:153.
64. Howes F, Hansen E, Williams D, Nelson M. Barriers to diagnosing and managing hypertension A qualitative study in Australian general practice. *Aust Fam Physician*. juill 2010;39(7):511-6.
65. Hoyer S, Frich JC, Lindbaek M. Delayed prescribing for upper respiratory tract infections: a qualitative study of GPs' views and experiences. *Br J Gen Pract*. déc 2010;60(581):907-12.
66. Jansen J, McKinn S, Bonner C, Irwig L, Doust J, Glasziou P, et al. General Practitioners' Decision Making about Primary Prevention of Cardiovascular Disease in Older Adults: A Qualitative Study. *Plos One*. 13 janv 2017;12(1):e0170228.
67. Johansen IH, Carlsen B, Hunskaar S. Psychiatry out-of-hours: a focus group study of GPs' experiences in Norwegian casualty clinics. *Bmc Health Serv Res*. 27 mai 2011;11:132.
68. Krüger K, Leppkes N, Gehrke-Beck S, Herrmann W, Algharably EA, Kreutz R, et al. Improving long-term adherence to statin therapy: a qualitative study of GPs' experiences in primary care. *Br J Gen Pract*. juin 2018;68(671):E401-7.
69. Le Roux E, Powell K, Banks JP, Ridd MJ. GPs' experiences of diagnosing and managing childhood eczema: a qualitative study in primary care. *Br J Gen Pract*. févr 2018;68(667):E73-80.
70. Leusink P, Teunissen D, Lucassen PL, Laan ET, Lagro-Janssen AL. Facilitators and barriers in the diagnostic process of vulvovaginal complaints (vulvodynia) in general practice: a qualitative study. *Eur J Gen Pract*. 23 janv 2018;24(1):92-8.
71. Morgan M, Jenkins L, Ridsdale L. Patient pressure for referral for headache: a qualitative study of GPs' referral behaviour. *Br J Gen Pract*. janv 2007;57(534):29-35.
72. Pavageau S, Manar S, David M, Joseph J-P, Lopez A. Statins for primary prevention in patients aged 75 years and more: lack of evidence and shared decision. *Exerc- Rev Francoph Med Gen*. févr 2018;(140):52-7.
73. Pickles K, Carter SM, Rychetnik L, McCaffery K, Entwistle VA. General Practitioners' Experiences of, and Responses to, Uncertainty in Prostate Cancer Screening: Insights from a Qualitative Study. *Plos One*. 21 avr 2016;11(4):e0153299.
74. Pimlott NJG, Persaud M, Drummond N, Cohen CA, Silvius JL, Seigel K, et al. Family physicians and dementia in Canada Part 2. Understanding the challenges of dementia care. *Can Fam Physician*. mai 2009;55(5):508-U64.
75. Schols AMR, van Boekholt TA, Oversier LMR, Dinant G-J, Cals JWL. General practitioners' experiences with out-of-hours cardiorespiratory consultations: a qualitative study. *Bmj Open*. 2016;6(8):e012136.
76. Tonkin-Crine S, Yardley L, Coenen S, Fernandez-Vandellos P, Krawczyk J, Touboul P, et al. GPs' views in five European countries of interventions to promote prudent antibiotic use. *Br J Gen Pract*. mai 2011;61(586).
77. Underwood R, Kilner R, Ridsdale L. Primary care management of headaches and how direct-access MRI fits: a qualitative study of UK general practitioners' views. *Bmj Open*. nov 2017;7(11):e018169.
78. Watson J, de Salis I, Banks J, Salisbury C. What do tests do for doctors? A qualitative study of blood testing in UK primary care. *Fam Pract*. déc 2017;34(6):735-9.
79. Yon K, Nettleton S, Walters K, Lamahewa K, Buszewicz M. Junior doctors' experiences of managing patients with medically unexplained symptoms: a qualitative study. *Bmj Open*. 2015;5(12):e009593.
80. Zwolsman SE, van Dijk N, de Waard MW. Observations of evidence-based medicine in general practice. *Perspect Med Educ*. sept 2013;2(4):196-208.
81. Dew K, Dowell A, McLeod D, Collings S, Bushnell J. "This glorious twilight zone of uncertainty": Mental health consultations in general practice in New Zealand. *Soc Sci Med*. sept 2005;61(6):1189-200.
82. Nevalainen MK, Mantyranta T, Pitkala KH. Facing uncertainty as a medical student—A qualitative study of their reflective learning diaries and writings on specific themes during the first clinical year. *Patient Educ Couns*. févr 2010;78(2):218-23.
83. Ghosh AK. Understanding medical uncertainty: a primer for physicians. *J Assoc Physicians India*. sept 2004;52:739-42.
84. Phillips WJ, Fletcher JM, Marks ADG, Hine DW. Thinking styles and decision making: A meta-analysis. *Psychol Bull*. 2016;142(3):260-90.

85. Evans JSBT. Intuition and Reasoning: A Dual-Process Perspective. *Psychol Inq.* 30 nov 2010;21(4):313-26.
86. Micheau J, Molière E. L'emploi du temps des médecins libéraux. *DREES.* 2010;(15).
87. Hurel K, Jerber M, Le Guyader S. Installation des jeunes médecins généralistes dans les territoires [Internet]. 2015 sept. Disponible sur: <https://cget.gouv.fr/sites/cget.gouv.fr/files/atoms/files/en-bref-04-cget-09-2015.pdf>
88. Moyo M, Goodyear-Smith FA, Weller J, Robb G, Shulruf B. Healthcare practitioners' personal and professional values. *Adv Health Sci Educ.* mai 2016;21(2):257-86.
89. Gilles de la Londe J, Haghghi S. Percevoir l'incertitude de son médecin généraliste en consultation : analyse interprétative phénoménologique de vécus des patients. *Exerc- Rev Francoph Med Gen.* 2019;(154):272-3.
90. Alam R, Cheraghi-Sohi S, Panagioti M, Esmail A, Campbell S, Panagopoulou E. Managing diagnostic uncertainty in primary care: a systematic critical review. *BMC Fam Pract [Internet].* déc 2017 [cité 6 mai 2019];18(1). Disponible sur: <http://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-017-0650-0>
91. Oh H, Beck JM, Zhu P, Sommer MA, Ferrari S, Egner T. Satisficing in split-second decision making is characterized by strategic cue discounting. *J Exp Psychol Learn Mem Cogn.* déc 2016;42(12):1937-56.
92. Bate L, Hutchinson A, Underhill J, Maskrey N. How clinical decisions are made: How clinical decisions are made. *Br J Clin Pharmacol.* oct 2012;74(4):614-20.
93. Griffiths F, Green E, Tsouroufli M. The nature of medical evidence and its inherent uncertainty for the clinical consultation: qualitative study. *BMJ.* 5 mars 2005;330(7490):511.
94. Tanenbaum SJ. Commentary: Uncertainty, consultation, and the context of medical care. :1.
95. Choquet G, Bloede F. Évaluation d'une formation sur l'incertitude par l'échelle de stress liée à l'incertitude chez des étudiants de 3e cycle en stage de médecine générale *Exercer* 2021; 169:42-6
96. Escourrou E, Bergeaut M, Gimenez L, et al. Évolution des réactions à l'incertitude chez les internes de médecine générale au cours d'un stage *Fam Med* 2020;52:339 45.
97. Apprendre à tirer parti des erreurs : un atelier de réflexion individuelle et collective. *Rev Prescrire.* nov 2011;31(337):863-6.
98. Guenter D, Fowler N, Lee L. L'incertitude clinique. Aider nos étudiants. *Can Fam Physician.* janv 2011;57.
99. Belhomme N, Jégo P, Pottier P. Gestion de l'incertitude et compétence médicale : une réflexion clinique et pédagogique. *Rev Médecine Interne.* juin 2019;40(6):361-7.
100. Audétat M-C, Nendaz M. Face à l'incertitude : humilité, curiosité et partage. *Pédagogie Médicale.* 2020;21(1):1-4.
101. Motte B, Aiguier G, Van Pee D, Cobbaut JP. Mieux comprendre l'incertitude en médecine pour former les médecins. *Pédagogie Médicale.* 2020;21(1):39-51.

Tableaux et figures

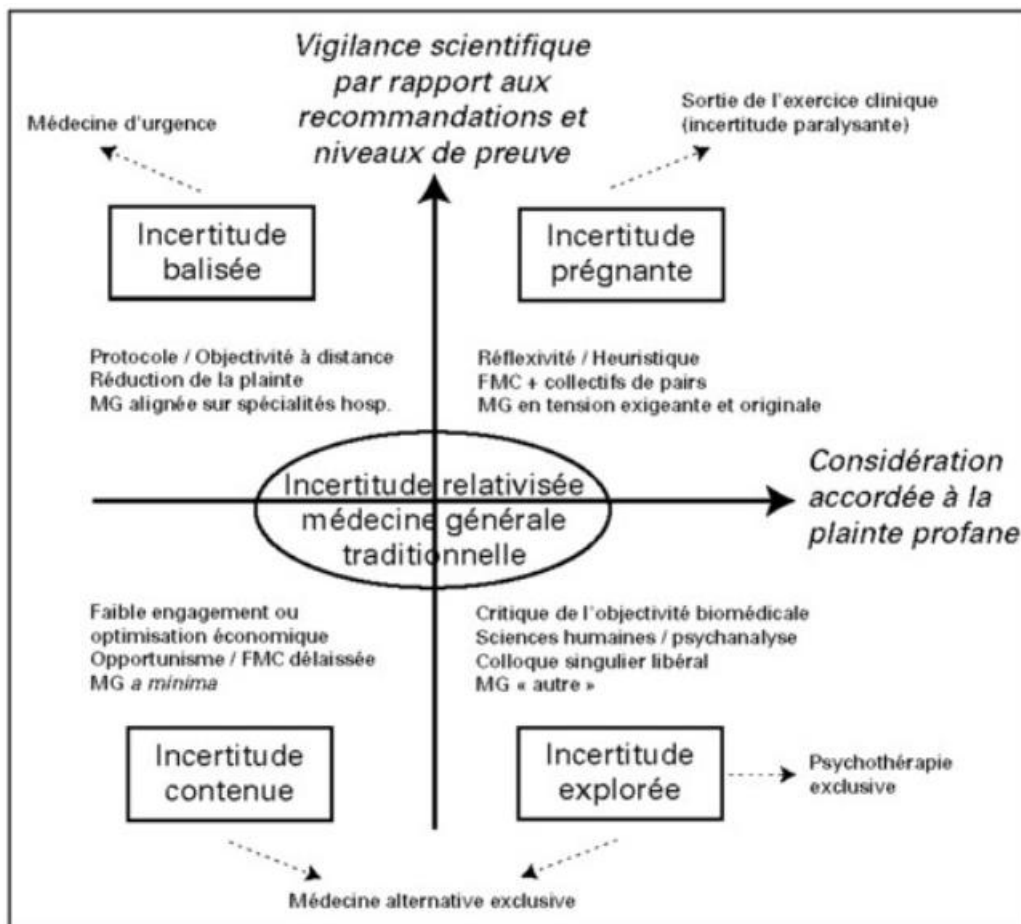


Figure 1 : positionnement par rapport à l'incertitude en médecine générale. D'après Bloy G (16).

	<b>Critères d'inclusion</b>	<b>Critères d'exclusion</b>
Population	Adultes, docteurs en MG, médecins remplaçants en MG ou internes en MG	Patients, médecins ne pratiquant pas la MG
Type d'étude	Etude qualitative	Autre qu'étude qualitative
Période	01/01/2000 > 31/12/2018 (recherche principale) 2019 (recherche complémentaire)	Avant 2000
Langue	Français, anglais	Autres langues
Accessibilité	Version intégrale sur le web	Non disponible sur le web dans son intégralité
Mode d'obtention	Par mots-clés définis par la recherche préliminaire	Tout autre mode d'obtention
Sujet	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Processus de réflexion &gt; diagnostic médical</li> <li>- Incertitude médicale</li> <li>- Intégration et gestion de la notion d'incertitude</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Processus de réflexion &gt; diagnostic non médical</li> <li>- Incertitude non médicale</li> <li>- Intégration de la notion d'incertitude hors MG</li> <li>- Incertitude dans un champ autre que MG</li> </ul>

Tableau 1 : critères d'inclusion et d'exclusion des études

Bleu : thèmes primaires issus de la section « résultats » des études.

Orange : thèmes secondaires issus de la section « discussion » / « conclusion » des études.

Rouge : thèmes tertiaires issus de la translation réciproque et de l'interprétation

Etude 1 : **How do general practitioners use « safety netting » in acutely ill children ?** <sup>[L]</sup><sub>[SEP]</sub> Bertheloot et al.

- Décision guidée par l'utilisation de **filet de sécurité**. Éviter des procédures médico-légales.
- Information et éducation du patient (ici des parents) sur les possibilités d'évolution, mise en place de **drapeaux rouges**.
- **Gut feeling et intuition** guident la prise en charge
- Attention particulière au ressenti du patient (ici des parents), adaptation de l'information aux caractéristiques des parents (/patients) > **ACP**
- Incertitude sur la compréhension du patient

Etude 2 : **Diagnosing headache in primary care : a study of GPs' approaches** <sup>[L]</sup><sub>[SEP]</sub> Bösner et al.

- **Connaissance** du patient : ses antécédents, la première impression.
- Éliminer les diagnostics de gravité, les **drapeaux rouges**, est **plus important que poser un diagnostic spécifique**.
- **Laisser du temps au temps** = surveillance active
- **Essai thérapeutique**

Tableau 2 : extrait du journal de thématization

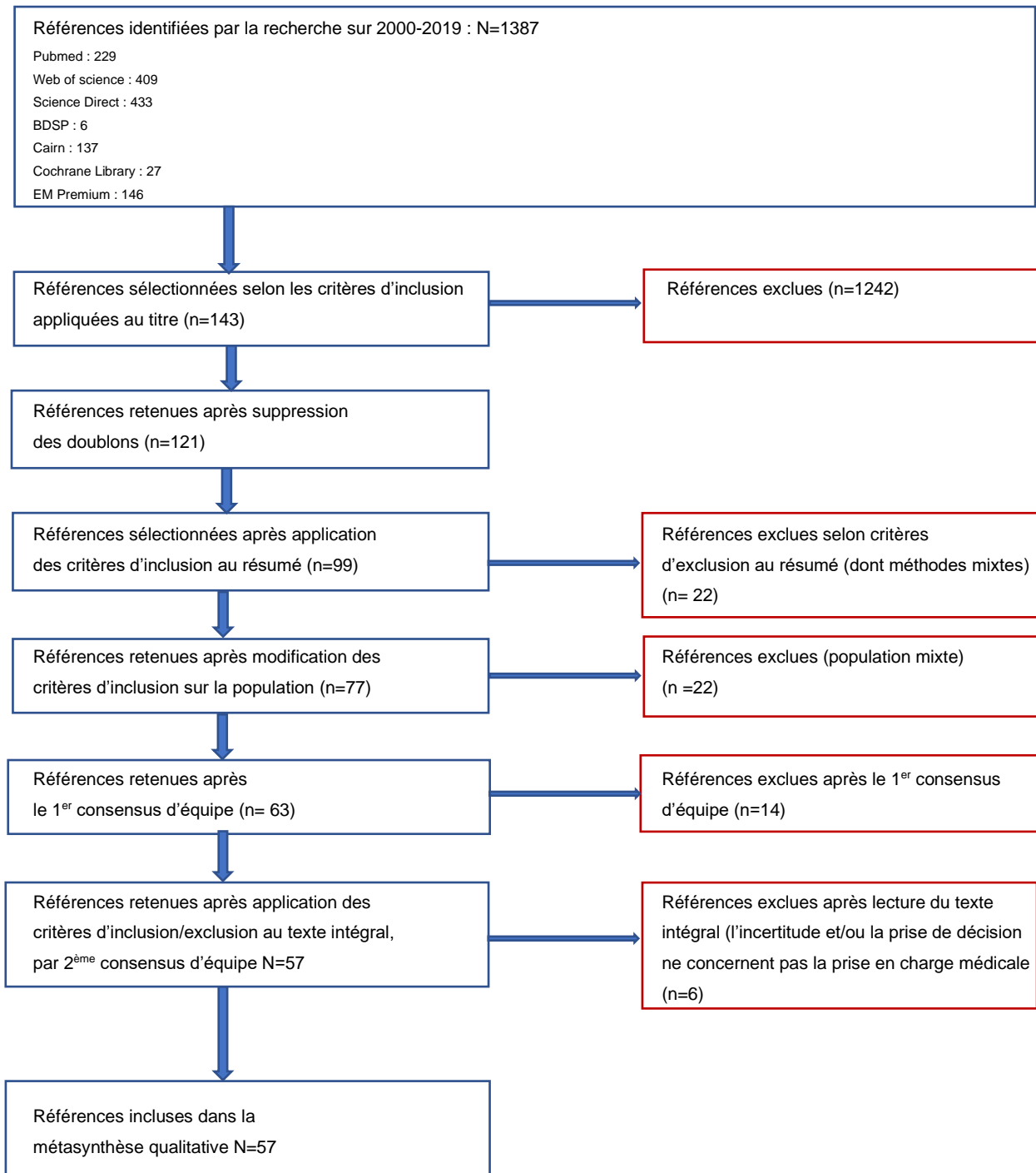


Figure 2 : diagramme de sélection des études



<b>Thèmes secondaires</b>
Les décisions des MG sont guidées par l'identification de « drapeaux rouges » / signaux d'alarme, plus que par le but de poser un diagnostic précis.
Les MG s'appuient sur leur intuition : <i>gut feeling</i> .
L'impression globale donnée par le patient est plus importante que le diagnostic.
Le <i>gut-feeling</i> est plus important que l'impression globale donnée par le patient.
La prise en charge des MG vise à mettre en place des « filets de sécurité », à sécuriser la prise en charge afin de réduire le niveau d'incertitude.
Une décision qui semble satisfaisante pour le MG s'appuie sur son <i>gut-feeling</i> / son sens de réassurance.
Un <i>gut-feeling</i> partagé.
Le <i>gut-feeling</i> est personnel et difficilement transférable à un pair.
Les signes cliniques qui vont à l'encontre du <i>gut-feeling</i> ressenti par le MG ne sont pas pris en compte
En situation de garde, les MG s'appuient plus sur les éléments objectifs que sur leur <i>gut-feeling</i> .
Mener un interrogatoire précis et un examen clinique minutieux (travail de détective) aident le MG à prendre une décision.
Les habitudes de prescription ont plus de poids que la présentation clinique du patient.
La décision et la façon d'appréhender l'incertitude dépendent des caractéristiques du médecin (son apprentissage, son expérience (les bonnes comme les mauvaises), sa confiance en lui, sa philosophie, ses opinions).
La relation/communication médecin-patient guide la décision, le MG adapte les informations qu'il donne aux patients/sa décision aux caractéristiques du patient/nécessité de bien connaître le patient (ses antécédents, ses habitudes, son contexte social, familial, son statut économique, des changements dans sa présentation en consultation, sa demande, ses souhaits).
Importance du lien avec l'entourage.
Les attentes du patient que le MG perçoit (ou croit percevoir) influencent sa décision.
La décision des MG est influencée par les parents des enfants.
Les symptômes vagues et ambigus, les symptômes pour lesquels il faut accepter de ne pas avoir d'explication, l'incertitude du patient, accentuent l'incertitude du MG.
Une décision prise dans un contexte de stress, de pression temporelle.
Les MG craignent les répercussions médico-légales et agissent en fonction, médecine défensive.
La charge de travail influe sur la décision.
En situation d'incertitude, le MG peut décider de faire un essai thérapeutique.
Il faut parfois apprendre à laisser du temps pour évaluer une situation.
Communiquer son incertitude au patient pour partager la décision, le responsabiliser, alliance thérapeutique (même si on ne peut pas obtenir de décision partagée ou son consentement)
Importance de parvenir à un accord avec le patient ou avec ses proches.
En situation d'incertitude, le MG communique avec les spécialistes, les paramédicaux (pharmaciens), travaille en équipe (avis, transmissions de dossier) et partage la responsabilité de la décision
La différence de statut du MG, titulaire ou remplaçant, influence la prise en charge en situation d'incertitude
Demande d'examens complémentaires pour diminuer l'incertitude.
Les MG se spécialisent dans un domaine pour contrôler leur anxiété.
L'EBM ne fournit pas de modèle de décision totalement satisfaisant pour la MG, il faut savoir s'adapter et combiner les recommandations.
Les MG utilisent l'EBM sans en être pleinement conscients.
La décision est prise en fonction de l'environnement, et des moyens mis à disposition pour le médecin.
Recommandations et tests de diagnostic rapide aident les MG à soutenir leur décision au patient mais ne sont pas suffisants.
« <i>Satisficing</i> » : évaluer toutes les options possibles pour un patient donné, surtout quand la situation est complexe, faire des compromis/négocier.
Stratégies spécifiques des MG pour s'adapter à des patients non connus, poly-pathologiques, complexes et à l'incertitude.
Dont priorisation dans le cas des patients poly-pathologiques.
Identification par les MG de seuils de recours à la consultation par les patients.
Dignité et satisfaction professionnelle : faire son travail correctement, en mobilisant les moyens nécessaires.

L'incertitude est modulée ou non avec l'expérience, l'incertitude n'est pas liée à l'incompétence.
Difficulté de respecter les principes éthiques du fait des conditions de travail.
Frustration, stress et déception.
Peur de l'erreur, manque de confiance et sentiment d'incompétence
La crainte de prendre une mauvaise décision représente un fardeau émotionnel pour les MG.
Les MG accordent de l'importance à ce que pensent les patients de leurs connaissances et compétences.
Éthique et conditions de travail

Tableau 3 : synthèse des thèmes secondaires