



**HAL**  
open science

# La vie privée du médecin généraliste pendant la consultation, côté médecin : étude qualitative menée par entretiens semi dirigés

Sybille Jammal

► **To cite this version:**

Sybille Jammal. La vie privée du médecin généraliste pendant la consultation, côté médecin : étude qualitative menée par entretiens semi dirigés. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01206235

**HAL Id: dumas-01206235**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01206235>**

Submitted on 28 Sep 2015

**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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

## AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES  
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2015

N°67

THÈSE  
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE  
DOCTEUR EN MÉDECINE

La vie privée du médecin généraliste pendant la consultation  
Côté médecin  
Étude qualitative menée par entretiens semi dirigés

Présentée et soutenue publiquement  
le 23 juin 2015

Par

***Sibylle JAMMAL***

Née le 17 janvier 1985 à Paris (75)

Dirigée par Mme Le Professeur Frédérique Noël

Jury :

M. Le Professeur Philippe Jaury ..... Président  
M. Le Professeur Jacques Pouchot ..... Membre  
M. Le Docteur Philippe Prasteau ..... Membre



Except where otherwise noted, this work is licensed under  
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES  
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2015

N°67

THÈSE  
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE  
DOCTEUR EN MÉDECINE

La vie privée du médecin généraliste pendant la consultation  
Côté médecin  
Étude qualitative menée par entretiens semi dirigés

Présentée et soutenue publiquement  
le 23 juin 2015

Par

***Sibylle JAMMAL***

Née le 17 janvier 1985 à Paris (75)

Dirigée par Mme Le Professeur Frédérique Noël

Jury :

M. Le Professeur Philippe Jaury ..... Président  
Mme Le Professeur Jacques Pouchot ..... Membre  
M. Le Docteur Philippe Prasteau ..... Membre

---

# REMERCIEMENTS

---

## Au Professeur Frédérique Noël

Un grand merci d'avoir accepté d'être notre directrice de thèse. Merci pour votre disponibilité, votre soutien, votre gentillesse, vos encouragements, et pour toutes ces heures à nous relire et nous apporter de précieuses remarques. Vous nous faites l'honneur de participer à notre Jury et nous vous en sommes reconnaissantes.

## Au Professeur Philippe Jaury

Merci pour ces trois ans d'accompagnement en tutorat. Merci de m'avoir transmis votre amour de la relation médecin patient depuis le PCEM2. Je suis honorée de l'intérêt que vous portez à notre thèse et vous suis reconnaissante d'être le Président du Jury.

## Au Professeur Jacques Pouchot

Merci pour votre implication dans l'enseignement. Les deux stages, d'externe, puis d'interne, passés dans votre service ont été extrêmement formateurs. Il est très agréable d'y travailler, toujours dans la bonne humeur et le respect de chacun. Je suis très honorée que vous jugiez notre travail.

## Au Docteur Philippe Prasteau

Vous avez été à l'initiative de ce projet et je vous suis très reconnaissante de faire partie de ce Jury.

## Au Docteur Marc Persoz

Merci d'avoir contribué à ma formation avec une si grande implication. Merci de m'avoir donné confiance en moi et de m'avoir transmis votre rigueur professionnelle. Enfin, merci de m'aider encore dans ma pratique quotidienne et d'être si disponible.

## Au Docteur Amélie Passeron

Merci pour vos encouragements. Merci de m'avoir transmis votre amour de la clinique.

## Aux Docteurs Christine Grataloup et Anne Charpentier

Merci de m'offrir une autre vision de la médecine avec tant de patience. Merci de me transmettre vos connaissances.

## A tous les médecins rencontrés pendant mes études

Merci pour l'enseignement que vous m'avez apporté.

## Aux équipes paramédicales de médecine interne à l'HEGP et de l'EHPAD Bastille

Merci pour votre bonne humeur, votre accueil et votre gentillesse.

---

A tous les médecins et tous les patients qui ont répondu à notre étude

Un grand merci pour le temps que vous avez pris pour nous. Ce travail a été possible grâce à vous.

A Laëtitia

Merci pour les bons moments passés à Necker. J'ai été ravie de faire ce travail avec toi, toujours dans la bonne humeur !

A tous mes amis médecins avec qui j'ai partagé et avec qui je partage encore tant de moments importants : Merci : Agathe, Yohann, Aurélie, Charlène, Clothilde... et tous les autres !

A tous mes amis non médecins qui ont vécu ces longues années d'étude avec moi

Merci pour votre écoute et votre soutien : Sandrine, Sandra et la team ENC, Eva, Blandine, Ségolène, les IFMAliens ... et tous les autres !

A mes parents et à ma sœur

Merci pour votre soutien et votre amour infailibles. Merci pour tout ce que vous avez fait et faites encore pour moi.

A ma belle-famille

Merci pour votre accueil chaleureux et pour les bons moments passés ensemble.

A François

Merci pour ton amour et ton soutien tout au long de ces années d'étude (y compris le soutien motorisé des sorties de sous colle, de confs, d'astreinte, de garde, de bibliothèque... ☺). Merci de me faire rire, merci pour tous les bons moments, passés, présents et à venir.

---

# TABLE DES MATIERES

---

<b>TABLE DES MATIERES.....</b>	<b>4</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>7</b>
<b>1 MATERIEL ET METHODE .....</b>	<b>10</b>
1.1. CHOIX DE LA METHODE .....	10
1.2. CRITERES D'INCLUSION – RECRUTEMENT .....	10
1.3. INTERVENTION .....	11
1.3.1. L'entretien individuel semi dirigé .....	11
1.3.2. L'élaboration du questionnaire.....	11
1.3.3. L'évolution du questionnaire.....	12
1.3.4. L'attitude du chercheur pendant l'entretien.....	13
1.3.5. Le recueil des données .....	13
1.3.6. L'arrêt des entretiens .....	13
1.3.7. Double thèse .....	14
1.4. ANALYSE.....	14
1.4.1. Codage – Verbatim.....	14
1.4.2. Reproductibilité .....	14
1.5. INTERPRETATION .....	15
<b>2 RESULTATS.....</b>	<b>16</b>
2.1. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION.....	16
2.2. REPONSES AUX QUESTIONS FERMEES.....	17
2.3. THEMES ET VERBATIMS .....	17
2.3.1. Professionnalisme.....	17
2.3.1.1. Le rôle du médecin traitant .....	18
2.3.1.2. Les situations complexes : une entorse à la protection de la vie privée .....	18
2.3.1.3. La neutralité : mettre le patient à l'aise pour une meilleure prise en charge des patient.....	19
2.3.1.4. Centrer la consultation sur le patient fait partie intégrante du métier de médecin. ....	19
2.3.1.5. Respect des patients .....	20
2.3.1.6. L'organisation du planning et continuité des soins .....	20
2.3.1.7. Les convictions personnelles et la vie privée interviennent dans le métier de médecin.....	21
2.3.1.8. L'uniformisation des pratiques : un idéal à atteindre .....	21
2.3.1.9. Accès aux soins pour tous.....	21
2.3.1.10. Laïcité au cabinet .....	21
2.3.2. Biais de sélection de la patientèle et vie privée .....	22
2.3.2.1. Les médecins ne se livrent pas à tous leurs patients, ils se livrent à ceux qu'ils connaissent depuis longtemps .....	22
2.3.2.2. Les médecins se livrent aux patients dont ils connaissent les convictions. ....	22
2.3.2.3. Les vêtements du médecin sont une manière de sélectionner une certaine patientèle également .....	22
2.3.3. Etiquette du professionnel de santé .....	23
2.3.3.1. Le médecin doit mettre des limites .....	23
2.3.3.2. Le médecin doit savoir maîtriser sa consultation, la cadrer .....	23

2.3.3.3.	Le médecin doit s'affirmer en tant que professionnel de santé .....	23
2.3.3.4.	Absence de réciprocité de la relation .....	23
2.3.3.5.	La blouse : un outil controversé dans la représentation du médecin auprès des patients ....	24
2.3.3.6.	Lien commercial, relation client-service .....	24
2.3.4.	Sexe du médecin.....	24
2.3.4.1.	Séduction des médecins femmes par les patients hommes .....	24
2.3.4.2.	Patientes érotomanes avec les médecins hommes .....	25
2.3.4.3.	Image de la femme médecin et mère .....	25
2.3.4.4.	La femme médecin accorde une importance à son statut de femme mariée .....	25
2.3.5.	Médecin : Un personnage publique .....	26
2.3.5.1.	Intrusion des patients dans la vie privée du médecin .....	26
2.3.5.2.	Le médecin doit faire attention à son image .....	26
2.3.5.3.	Le médecin reste discret et protège sa vie privée .....	26
2.3.5.4.	Imaginaire du patient sur son médecin .....	27
2.3.5.5.	Pudeur du médecin.....	27
2.3.5.6.	Attente des patients sur la personnalité du médecin .....	27
2.3.5.7.	Attente des patients sur la connaissance du médecin .....	27
2.3.5.8.	Réputation du médecin .....	28
2.3.6.	Le médecin : Un homme comme un autre.....	28
2.3.6.1.	Transfert, contre-transfert, projection, ressemblance avec le patient.....	28
2.3.6.2.	Impact émotionnel des événements de la vie du médecin.....	28
2.3.6.3.	La relation médecin-patient est une relation de convivialité, une relation humaine comme ailleurs .....	29
2.3.6.4.	Relation amicale versus professionnelle .....	29
2.3.6.5.	Humanisation du médecin, désacralisation de la fonction .....	29
2.3.6.6.	La médecine : un métier comme un autre .....	29
2.3.6.7.	Importance de la stabilité personnelle pour bien faire son travail.....	30
2.3.6.8.	Le médecin pris dans sa globalité également.....	30
2.3.6.9.	Rester fidèle à son image, ne pas se déguiser, être à l'aise au cabinet .....	30
2.3.7.	Tabous et craintes du médecin .....	30
2.3.7.1.	Tabou de la réussite financière .....	30
2.3.7.2.	Tabou de la réussite personnelle et familiale .....	30
2.3.7.3.	Peur du conflit.....	31
2.3.7.4.	Peur des demandes abusives des patients.....	31
2.3.8.	Ce qui transparait de la vie du médecin.....	31
2.3.8.1.	Les médecins abordent avec leurs patients leur vie maritale et familiale et leurs vacances	31
2.3.8.2.	Les médecins parlent de leurs hobbies.....	31
2.3.8.3.	Les médecins abordent des banalités, des expériences anodines .....	32
2.3.8.4.	Les patients sont bienveillants envers leurs médecins lorsqu'ils abordent la vie privée ....	32
2.3.8.5.	Le temps de l'échange social entre médecin et patient est bref .....	32
2.3.8.6.	Le médecin va en dire plus sur ses convictions devant un événement d'actualité exceptionnel.....	32
2.3.9.	Evolution de la médecine .....	32
2.3.9.1.	La médecine n'est plus un sacerdoce, les médecins recherche un équilibre vie privée - vie professionnelle. La médecine se féminise.....	32
2.3.9.2.	Il n'y a plus de médecine paternaliste .....	33
<b>2.4.</b>	<b>INTERPRETATION DES RESULTATS .....</b>	<b>33</b>
<b>3</b>	<b>DISCUSSION.....</b>	<b>34</b>
<b>3.1.</b>	<b>LIMITES DE L'ETUDE .....</b>	<b>34</b>
3.1.1.	Limites liées à la méthode de recherche .....	34
3.1.2.	Limites liées à notre intervention .....	34
<b>3.2.</b>	<b>DISCUSSION GENERALE.....</b>	<b>35</b>
3.2.1.	La vie privée, certes protégée, mais avec une importance dans l'échange social.....	35
3.2.2.	La vie privée, « expérience » aidant pour la prise en charge .....	36
3.2.3.	La vie privée, le contre-transfert et l'empathie.....	36



---

<b>3.3.</b>	<b>LAÏCITE AU CABINET ET NEUTRALITE .....</b>	<b>38</b>
<b>3.4.</b>	<b>SEXE DU MEDECIN ET CLICHES .....</b>	<b>40</b>
<b>3.5.</b>	<b>LE MEDECIN EN REPRESENTATION.....</b>	<b>42</b>
<b>3.6.</b>	<b>COMPARAISON AVEC LES REPONSES DES PATIENTS.....</b>	<b>43</b>
	<b>CONCLUSION .....</b>	<b>45</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>47</b>
	<b>RESUME .....</b>	<b>50</b>

---

# INTRODUCTION

---

« Vous êtes marié Docteur ? Vous avez des enfants ? Où partez-vous en vacances ? » Ces questions sont parfois posées par les patients lors des consultations. Pourtant, elles touchent la vie privée du médecin, or, celle-ci n'a pas forcément de place au sein de la consultation. Les médecins peuvent d'ailleurs être embarrassés par ces intrusions, car la relation médecin patient est d'habitude orientée vers le patient. Le médecin n'a pas coutume d'être le centre d'intérêt de la consultation.

Lors de mon premier stage ambulatoire, j'ai été confrontée à ces questions et j'ai été assez décontenancée car je ne savais pas ce que je pouvais dire, ce que je devais dire, et quelles limites poser. J'avais également du mal à identifier ce que cela pouvait apporter au patient. De plus, j'avais tendance à croire que c'était de la curiosité « mal placée » de la part des patients.

J'ai également pu observer la réponse des médecins face à ces questions et j'ai été surprise par le fait que certains mentaient ouvertement aux patients.

Le concept de vie privée est tout à fait en lien avec l'actualité. Nous pouvons nous en rendre compte avec l'avènement d'Internet et des réseaux sociaux ces dernières années, avec l'étalage de la vie intime des hommes politiques (jusqu'au Président de la République) sur la place publique, avec le débat sur le projet du gouvernement de surveillance de la population française etc...

## Quelle est la définition de la vie privée ?

Le concept de vie privée apparaît en France sous la Révolution dans le souci de protéger les personnes contre les calomnies et injures. (1)

Ce concept a évolué dans l'Histoire en parallèle avec la liberté de la presse.

Il n'existe pas de définition juridique à proprement parler, afin de ne pas limiter la protection de la vie privée aux seules prévisions légales.

Warren et Brandeis, juges américains ont publié en 1890 un article dans la *Harvard Law Review* sur la loi américaine: « The Right to Privacy » (« Le droit à la vie privée »). Ils définissent la vie privée comme « The right to be let alone. » (« Le droit d'être laissé seul ») (2)

François Rigaux, juriste international belge, parle de « la solitude à plusieurs » : il s'agit de la liberté d'avoir des relations avec autrui sans être exposé à une intrusion illicite. (3)

Ces deux définitions montrent que l'individu a le choix de divulguer des informations sur sa vie, ou non.

La Convention Européenne des Droits de l'Homme ajoute les principes de « droit à l'autonomie » et de « droit à la liberté d'être soi ». (4)

---

## Et la vie privée du médecin ?

Lorsque nous faisons une recherche bibliographique sur la vie privée du médecin, nous retrouvons les phénomènes de burnout, de déséquilibre du temps de travail par rapport au temps personnel :

Par exemple la thèse du Dr Zeter (5) sur la reconversion professionnelle des médecins généralistes, qui évoque la lassitude professionnelle des médecins, le stress permanent l'épuisement moral et physique.

Nous retrouvons également des études sur le temps de travail des médecins.

En France, les médecins généralistes travaillent en moyenne 53 heures par semaine (6). De plus, le fait de travailler « sans compter son temps » fait partie intégrante de l'identité du médecin français. (7)

Il est d'ailleurs intéressant de remarquer que le temps de travail des médecins est difficile à quantifier de manière précise : les études sont essentiellement faites sur des données déclaratives. (8) Et il est difficile pour les médecins de quantifier exactement leur temps de travail en raison de sa variabilité (semaines avec gardes, astreintes, temps dédié à l'enseignement, temps dédié à l'administratif, périodes de la vie etc...). Il est apparu que les médecins donnaient plutôt une estimation du temps de travail comme du « temps vécu » : valeur subjective sur leur activité professionnelle. (9).

*« En définitive, la tonalité du discours sur l'activité et le temps de travail n'est pas directement liée à une quantité de temps passé au travail. Elle est au contraire fortement liée au sentiment de réussir ou pas ce qu'on veut faire en médecine et à la manière dont ce projet s'articule avec la vie personnelle. » (10)*

C'est-à-dire que la façon de mesurer leur temps de travail utilisée par les médecins, reflète leur engagement subjectif envers leur profession et leur vie sociale.

Mais ces études n'abordent pas les points qui m'ont frappée pendant la consultation.

D'autres études sont allées plus loin sur vie privée du médecin et la relation médecin patient :

La relation médecin patient a évolué, se transformant d'une relation paternaliste où le médecin « domine » le patient, où ce dernier doit « obéir » au savoir du médecin, à une relation plus « d'égal à égal », avec un patient qui se renseigne sur Internet avant de consulter.

Avec l'avènement des réseaux sociaux, la relation entre le médecin et son patient a également été modifiée.

Une étude (11) montre que 6% des médecins interrogés ont accepté d'être "amis" sur Facebook avec des patients, tandis que pour 85% des médecins interrogés, ceux-ci refuseraient automatiquement la demande si elle était faite. L'étude montre également que

---

les médecins n'ont pas à être "interdits" de Facebook mais qu'ils doivent garder leur profil confidentiel et réservé à leurs proches.

Cependant, cette étude n'explique pas clairement ce que cela modifie dans la relation médecin patient et l'implication dans la consultation.

Ma co-interne Laëticia Velly était également en stage ambulatoire, et en discutant avec nos maîtres de stage, a émergé l'idée d'une thèse sur la vie privée du médecin et de son impact sur la relation médecin patient au sein de la consultation.

Afin d'enrichir notre travail, nous avons mené deux études, une étude centrée sur le médecin, présentée dans cette première partie, et une étude centrée sur le patient, présentée par Laëticia Velly. Ainsi nous pourrons comparer les réponses des deux parties concernées.

---

# **1 MATERIEL ET METHODE**

---

## **1.1. CHOIX DE LA METHODE**

Les anthropologues et les sociologues ont été les premiers à utiliser la méthode qualitative dans les années 1920 pour étudier les phénomènes humains. A partir des années 50, le marketing s'empare des méthodes de recueil de données qualitatives comme les entretiens et les focus groups. Ce n'est que vers les années 90 que les chercheurs en santé se sont approprié ces méthodes. (12)

Longtemps, la recherche qualitative a eu une image négative, considérée comme insuffisamment scientifique par rapport à la méthode quantitative. Mais en fait, le choix de la méthode de recherche dépend de la question posée. La recherche qualitative est particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont subjectifs, donc difficiles à mesurer. (12)

Elle permet la compréhension d'un problème dans un environnement défini (13), de manière plus approfondie que par un sondage, car elle utilise des questions ouvertes. Il s'agit de décrire les comportements, les émotions, les attitudes de la population cible, de les analyser, afin de générer des hypothèses sur le problème en question (méthode inductive). Ces hypothèses pourront être utilisées pour une étude plus fermée. La recherche qualitative est donc une recherche souple et interactive.

Elle ne génère pas de résultats statistiques car la population cible n'est pas forcément représentative de la population générale, mais elle est complémentaire de la recherche quantitative (méthode déductive : on va tester les hypothèses induites par la recherche qualitative) (14).

Par son approche compréhensive, la recherche qualitative permet d'explorer le lien entre « la vraie vie » du clinicien et la « science pure », à ce titre, elle est particulièrement adaptée à la recherche en médecine générale.

## **1.2. CRITERES D'INCLUSION – RECRUTEMENT**

Les médecins ont été choisis selon les critères suivants : médecins exerçant en cabinet libéral, ou en centre de santé, exerçant en tant que médecin installé ou en tant que remplaçant, ayant une activité de consultation permettant un suivi régulier de patients. Les médecins interrogés ont tous une activité en milieu urbain.

Le recrutement s'est fait par demande directe (face à face, par téléphone), d'abord dans l'entourage : par le biais de la faculté, par le biais de stage d'interne, par le biais de syndicat, par le biais de la famille, puis par effet boule de neige : c'est-à-dire en demandant ensuite aux médecins de nous donner les contacts d'autres médecins, souvent les collaborateurs au sein du cabinet.

---

## **1.3. INTERVENTION**

L'étude a été menée par entretiens individuels, semi dirigés, menés par Laëtitia Velly et moi-même. Nous nous sommes déplacées aux cabinets des médecins ou chez eux.

### **1.3.1. L'entretien individuel semi dirigé**

C'est un compromis entre un entretien complètement ouvert (entretien libre) et un entretien complètement fermé (entretien directif). C'est-à-dire que l'expression libre de la personne interrogée est permise, tout en la guidant à partir d'un questionnaire visant à aborder des points particuliers.

Le thème de la relation médecin patient est, bien sûr, très vaste, il fallait donc se concentrer sur l'implication de la vie privée. Nous avons donc, à partir de la bibliographie, cerné les questions qui se rapportaient à la vie privée du médecin, afin de permettre l'expression des médecins à ce sujet.

Le but est d'utiliser un questionnaire ouvert, afin d'approfondir les pensées des médecins et de dégager des idées originales, tout en restant « cadré » sur le sujet. Le questionnaire ne doit pas être conçu de manière à attendre « une bonne réponse », mais vraiment en permettant que la personne interrogée se livre, sans induire la réponse. Le questionnaire doit donc être le plus neutre possible.

Nous avons choisi la méthode de l'entretien individuel plutôt que le focus group pour plusieurs raisons. La première est que le focus group est plus difficile à réaliser : il faut que les participants soient tous disponibles au même moment ; l'enregistrement de plusieurs voix qui se superposent, et donc la retranscription écrite, est beaucoup plus difficile que lorsqu'il n'y a que deux interlocuteurs. Deuxièmement, lors d'un entretien individuel, nous sommes sûrs que l'interlocuteur va pouvoir s'exprimer, et que ce ne sont pas seulement « les caractères forts » du groupe qui vont dominer l'entretien. De plus, comme c'est le chercheur qui se déplace, cela permet d'être dans un environnement connu et confortable pour la personne interrogée, ce qui permet une plus grande liberté de parole.

L'entretien individuel dure environ trente minutes, donc plus court que le focus group. Par contre, pour arriver à saturation des idées, il faut en faire plus (15 à 20, versus 3 à 6).

### **1.3.2. L'élaboration du questionnaire**

À partir de la bibliographie, faite notamment à partir de la bibliothèque de thèses, nous avons dégagé certains sujets faisant référence à la vie privée du médecin nous semblant intéressants à développer : l'agencement du cabinet médical et les photos personnelles affichées ou non, le changement des relations avec l'avènement des réseaux sociaux, la féminisation de la médecine et l'image de la « mère médecin » etc... Comme très peu de travaux parlent directement de la vie privée du médecin, à part pour le burnout, nous avons donc aussi imaginé des questions concernant les convictions personnelles du médecin et son vécu.

---

Les questions doivent être simples et claires, les mots compliqués doivent être évités. Les formulations type « Que pensez-vous de ? » permettent de rester ouvert.

Voici le questionnaire initial :

*« Nous faisons un travail de thèse sur la relation médecin patient. Nous souhaitons vous poser quelques questions au sujet de cette relation entre médecin et patient.*

*Quelques questions pour caractériser la personne (même si le but n'est pas d'être représentatif) :*

- *Quelle est votre tranche d'âge ?*
- *Votre lieu d'exercice ?*
- *La durée de votre installation ?*
- *Votre contexte familial ?*

*Puis question ouverte :*

- *Pensez-vous que la vie privée du médecin généraliste intervient dans son métier ?*

*Puis questions plus dirigées :*

- *Pensez-vous que vos convictions personnelles (religieuses, éducatives, médicales, culturelles, politiques) interviennent dans votre métier ? Pourquoi? Comment interviennent-elles dans votre relation avec vos patients?*
- *Pensez-vous que votre patientèle accorde une importance à vos convictions personnelles?*
- *Vous arrive-t-il de parler de votre vie privée ? Pourquoi ? Dans quels buts ?*
- *Est-ce important pour vous que votre patientèle connaisse une partie de votre vie privée? Pourquoi?*
- *Vous est-il déjà arrivé de mentir délibérément au sujet d'une partie de votre vie privée? Dans quels buts?*
- *Pensez-vous que vos expériences personnelles (famille, mariage, enfants, difficultés personnelles, culture) puissent vous apporter une aide lors de certaines consultations? Partagez-vous ces expériences de vie avec vos patients? Et pourquoi?*
- *Que pensez-vous des médecins affichant des photos personnelles au cabinet ? En avez-vous affiché dans votre cabinet? Pourquoi?*
- *Que pensez-vous de la décoration du cabinet? Pensez-vous que celle-ci révèle votre caractère? Pensez-vous que le patient y accorde de l'importance?*
- *Que pensez-vous de l'affichage de symboles religieux ou de signes politiques?*
- *Que pensez-vous de la tenue vestimentaire du médecin ? Pensez-vous que cela influence la relation médecin-patient? Pourquoi?*
- *Justifiez-vous vos absences du cabinet ? »*

### **1.3.3. L'évolution du questionnaire**

Au fur et à mesure des entretiens, ceux-ci ont évolué afin d'être plus pertinents.

---

Nous avons donc également demandé aux médecins s'ils faisaient partie d'un groupe Balint ou groupe de pairs, s'ils avaient déjà fait une psychothérapie, et si la médecine générale était un choix.

Nous avons également demandé aux médecins plus anciens s'ils avaient changé d'attitude concernant leur vie privée avec l'évolution de leur carrière. Nous avons ajouté une question concernant le réseau social Facebook : le médecin a-t-il un compte Facebook et accepte-t-il des patients ?

Nous avons également demandé où habitaient les médecins par rapport à leur lieu d'exercice, s'ils donnaient leur numéro de téléphone portable privé aux patients, et s'ils portaient leur alliance au cabinet pour les médecins mariés.

#### **1.3.4. L'attitude du chercheur pendant l'entretien**

Le principe premier, est comme nous l'avons dit, d'utiliser un questionnaire ouvert afin de ne pas bloquer la réponse de l'interviewé. Cependant, cela ne suffit pas. Il faut sans cesse relancer la personne interrogée pour que toutes les idées soient expliquées, le risque est sinon, de mal interpréter une réponse par manque de données.

Pour relancer, l'attitude doit toujours rester neutre, les outils sont la reformulation, la demande d'explications de la réponse : « Pouvez-vous approfondir ? Pouvez-vous préciser ? ».

Il est important de ne pas juger, de mettre à l'aise, d'être souriant afin que l'interlocuteur soit le plus à l'aise possible.

Les pauses actives sont également importantes, en effet, les silences amènent la personne à éventuellement donner d'autres idées.

#### **1.3.5. Le recueil des données**

Tous les entretiens ont été enregistrés par dictaphone, modèle OLYMPUS VN-731PC, puis retranscrits à la main, en respectant chaque mot, en précisant les silences, les hésitations, les rires etc... Cette méthode permet de rester le plus fidèle à l'entretien original et permet d'éviter les oublis et les interprétations. Bien sûr, nous avons respecté l'anonymat des participants en nommant les entretiens « médecin 1, médecin 2 etc... ».

Il faut environ trois heures pour transcrire un entretien de trente minutes.

Nous n'avons pas utilisé de logiciel pour transcrire les entretiens, d'une part en raison de la technologie de la reconnaissance de voix (deux interlocuteurs et non un seul), d'autre part pour ne pas risquer de perdre des données (ambiance de l'entretien, hésitations, rires...).

Nous n'avons également pas choisi la prise de note car seulement 50% des données sont recueillies par cette méthode. (14)

#### **1.3.6. L'arrêt des entretiens**

Nous avons déterminé une taille d'échantillon à 20 médecins, étant donné ce qui est retrouvé dans les thèses qualitatives.

Les entretiens se sont arrêtés à saturation des données, c'est-à-dire lorsqu'il n'y a plus eu d'idées nouvelles, à 18 médecins interviewés.



---

### **1.3.7. Double thèse**

Cette thèse étant en deux parties, j'ai également interrogé des patients pour la partie de Laëtitia Velly. Le fait d'interroger chacune des médecins et des patients nous a permis d'avoir un regard plus global sur notre sujet et nous a permis de confronter les idées. En effet, certaines idées sont retrouvées dans les deux parties, et d'autres sont vraiment propres à chaque partie. Cela permet de mettre en opposition les à priori et stéréotypes des deux populations.

## **1.4. ANALYSE**

L'analyse doit être fiable et reproductible, afin de dégager des résultats interprétables et significatifs.

Il s'agit de faire une théorisation ancrée, par codage de verbatim. La théorisation ancrée est une méthode qui permet de « sortir » les idées et thèmes d'un document, sans avoir d'idée à priori. C'est-à-dire que c'est le document qui apporte une idée.

### **1.4.1. Codage – Verbatim**

Chaque phrase ou groupement de phrases des entretiens, certains mots qui reviennent fréquemment, certaines idées des interlocuteurs, sont analysés, « découpés » en verbatim. Ce verbatim représente donc une idée, un thème qui sera, ou non, retrouvé dans la suite du document ou dans les autres entretiens.

C'est donc un codage ouvert (15), c'est-à-dire que nous n'avons pas de grilles de réponses pré-définies que nous avons remplies en fonction des réponses des personnes interrogées. Nous avons donc recueilli toutes les idées qui sont « sorties » : c'est le principe d'une méthode inductive, qui produit des hypothèses.

A partir de cette analyse, nous avons donc créé une grille des thèmes retrouvés.

A noter qu'une même phrase, un même mot, peut être couplé à différents thèmes.

Le fait de coder tout le document sans exception permet d'éviter la part de subjectivité qui ferait dire brièvement « le document va dans ce sens ou dans tel autre ». Comme toutes les phrases ou groupement de phrases sont codés, nous ne perdons pas d'informations. D'autant plus que l'entretien a été enregistré et retranscrit dans son ensemble. A chaque étape de la méthodologie, nous sommes restées très rigoureuses pour rester objectives et limiter les biais.

### **1.4.2. Reproductibilité**

Le travail étant composé de deux parties, médecin et patient, Laëtitia Velly et moi avons chacune lu les entretiens médecins et les entretiens patients et nous les avons codés chacune de notre côté, puis avons confronté notre codage. Nous avons ainsi vérifié que nous n'oublions pas de verbatims, que les thèmes dégagés étaient les mêmes, et corrigé les verbatims, lorsqu'ils n'étaient pas assez objectifs et trop « interprétés » par rapport aux dires de l'interlocuteur.

---

Cette lecture en double-aveugle augmente la rigueur de notre étude.

## **1.5. INTERPRETATION**

Une fois tous les thèmes dégagés à partir des verbatims, nous les avons regroupés pour faire des catégories plus globales. C'est le codage axial.

Nous avons également divisé ces catégories entre médecin et patient en fonction de ce qui ressortait le plus chez les uns par rapport aux autres. En effet, certains thèmes sont retrouvés dans les deux parties, mais ont plus ou moins d'importance et sont plus ou moins détaillés par les interlocuteurs selon que c'est un médecin ou un patient.

Ces grandes catégories sont ensuite interprétées et comparées à la littérature afin de dégager de nouvelles idées, de recouper ce qui existe déjà.

---

## 2 RESULTATS

---

### 2.1. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION

18 médecins ont été interrogés entre Novembre 2014 et Janvier 2015. Les entretiens ont duré entre 15 et 40 minutes.

Le tableau 1 résume les caractéristiques de ces médecins.

Tableau 1

	Âge	Sexe	Remplaçant	Installé	Lieu du cabinet	Statut marital	Enfants	Antécédent de psychothérapie	Choix de la médecine générale	Participation groupe Balint
Médecin 1	27 ans	F	1 an		Paris et IDF	Mariée	Non			
Médecin 2	30 ans	F	1,5 an		IDF	Concubinage	Non			
Médecin 3	36 ans	F	5 ans		Paris, IDF	Mariée	Oui	Non	Oui	Non
Médecin 4	30 ans	H	2 ans		IDF	Concubinage	Non	Non	Oui	Non
Médecin 5	39 ans	F	7 ans	1 an	Paris	Mariée	Oui	Oui	Oui	Non
Médecin 6	30 ans	F	3 ans	8 mois	IDF	Concubinage	Non	Non	Oui	Non
Médecin 7	50 ans	H		5 ans	IDF	Marié	Oui	Non	Oui	Non
Médecin 8	62 ans	H		36 ans	Paris	Marié	Oui	Non	Oui	Non
Médecin 9	42 ans	H	4 ans	10 ans	Paris	Marié	Oui	Non		Non
Médecin 10	43 ans	F		13 ans	Paris	Mariée	Oui	Non		Non
Médecin 11	47 ans	H		11 ans	Tours	Concubinage	Oui	Non		Non
Médecin 12	32 ans	F	2 ans	2 ans	IDF	Concubinage	Non	Non		Non
Médecin 13	37 ans	H		3 ans	Paris	Pacsé	Non	Non		Non
Médecin 14	62 ans	H		33 ans	Tours	Marié	Oui	Non		Oui
Médecin 15	37 ans	F	Oui, quelques années	4 ans	Tours	Mariée	Oui	Non		Oui
Médecin 16	60 ans	H		31 ans	Tours	Marié	Oui	Non		Oui
Médecin 17	42 ans	H		12 ans	Tours	Marié	Oui	Non		Non
Médecin 18	54 ans	H		26 ans	IDF	Divorcé	Oui	Oui		Avant oui

Au total, nous avons interrogé 8 femmes et 10 hommes.

La durée d'exercice varie de un an à 36 ans.

Les âges vont de 27 à 62 ans, 5 médecins ont entre 27 et 35 ans, 7 ont entre 36 et 45 ans, 3 ont entre 46 et 55 ans, 3 ont entre 56 et 62 ans.

Tous les médecins interrogés exercent une activité libérale en milieu urbain.

Hormis un médecin divorcé, tous les médecins vivent en couple, mariés, pacsés ou en concubinage. 12 médecins ont des enfants.

---

2 médecins sur 16 interrogés déclarent avoir fait une psychothérapie, 4 médecins sur 16 interrogés se réunissent ou se sont réunis avec d'autres collègues pour des groupes de pairs ou des groupes Balint. Enfin, 5 médecins sur 5 interrogés déclarent que la médecine générale est un choix.

## **2.2. REPONSES AUX QUESTIONS FERMEES**

Durant nos entretiens, certaines questions fermées permettaient d'aboutir dans un second temps à un échange plus approfondi. Voici les résultats de ces questions. Même s'ils n'ont pas de pertinence statistique, ils donnent une impression générale sur les entretiens.

À la question d'introduction « Pensez-vous que la vie privée du médecin généraliste intervient dans son métier ? », 16 médecins sur 18 ont répondu « oui », 1 médecin a répondu « non », 1 médecin avait une réponse ambiguë.

A la question « Pensez-vous que vos convictions personnelles interviennent dans votre métier ? », 12 médecins ont répondu « oui », et 6 « non ».

A la question « Parlez-vous de votre vie privée ? », 13 médecins sur 18 admettent que « oui » même si c'est rare.

A la question « Avez-vous délibérément menti au sujet de votre vie privée à vos patients ? », 5 médecins admettent que « oui ». Pour trois d'entre eux, il s'agissait de protéger leur vie privée, pour l'un d'entre eux, il était question de rassurer un patient, et pour le dernier, il s'agissait de mentir par courtoisie, afin de ne pas heurter la sensibilité du patient.

3 médecins parmi les 15 qui déclaraient ne pas mentir admettaient utiliser des artifices pour ne pas répondre, ou répondaient partiellement aux patients.

A la question « Donnez-vous votre numéro de téléphone portable privé à vos patients ? », 8 médecins ont répondu « Non jamais », 8 ont répondu « Oui mais dans des situations rares et particulières ». Nous n'avons pas posé la question à 2 médecins, interrogés avant l'évolution du questionnaire.

## **2.3. THEMES ET VERBATIMS**

Dans ce chapitre sont présentés tous les thèmes retrouvés, regroupés dans différentes catégories qui semblaient les plus appropriées pour la partie médecin.

### **2.3.1. Professionnalisme**

Ce grand thème regroupe toutes les idées au sujet de la vie privée du médecin et son interférence avec le métier de médecin en tant que tel, c'est-à-dire la prise en charge de ses patients.

---

### 2.3.1.1. Le rôle du médecin traitant

Les médecins ont souvent fait référence à leur « rôle » auprès du patient et comment leur vie privée pouvait interagir. Ils ont employé plusieurs qualificatifs pour décrire ce rôle.

- Ils se disent confidents de leurs patients, des personnes qui écoutent.

- Médecin 7 : « *Le médecin, (...) c'est la personne avec qui on va partager des secrets, même familiaux, des fois* »
- Médecin 18 : « *J'écoute beaucoup mes patients, mais je ne dis rien (...)* »

- Ils se disent compétents par l'apport de leur vécu.

- Médecin 17 : « *Comme j'ai vécu ça, avec pas mal de soucis, j'en ai tiré quelques leçons donc j'essaye de les aider* »

- Ils sont accompagnants et psychologues.

- Médecin 1 : « *Je pense que quand on est médecin généraliste, on est aussi un peu psychologue, accompagnant de ses patients dans leurs événements de vie quels qu'ils soient.* »

- Ils ont un rôle de conseiller médical.

- Médecin 2 : « *Et s'ils viennent te voir, c'est parce qu'ils ont envie d'avoir l'avis du docteur.* »

- Les médecins ne doivent pas juger leurs patients.

- Médecin 5 : « *(...) mais je suis pas sûre qu'ils attendent de moi que j'ai des convictions personnelles qui fassent en sorte que j'ai des jugements.* »

- Ils sont aussi des personnes qui rassurent.

- Médecin 15 : « *ça les rassure de savoir que j'ai des enfants, et que j'ai vécu les mêmes expériences qu'elles.* »

- Ils sont bienveillants sans avoir besoin de parler d'eux ni de leur vie privée.  
C'est-à-dire que ce n'est pas un plus pour le patient de savoir ce qui se passe dans la vie privée de son médecin pour que celui-ci le prenne en charge de manière très humaine.

- Médecin 8 : « *c'est plus humain (...) de leur dire doucement qu'ils ont une sclérose en plaques ou un cancer et pas leur dire (...) dans ma famille, il y a eu trois cancers. (...) J'ai l'impression qu'on peut être un médecin parfaitement bienveillant (...) sans parler de sa vie privée.* »

### 2.3.1.2. Les situations complexes : une entorse à la protection de la vie privée

Les médecins qui disaient être plutôt discrets sur leur vie privée, admettaient être passés outre cette discrétion dans certaines situations, et ce, pour une meilleure prise en charge de leurs patients.

- 
- Ils ont donné leur numéro de téléphone dans certains cas :

○ Médecin 6 : « (...) rétrospectivement, je me suis dit « pourquoi tu leur as donné ? » et en fait, je l'ai donné à des personnes très très graves. »

- Ils ont raconté leur propre vécu à visée empathique :

○ Médecin 3 : « Quelqu'un qui me verbalise une douleur très importante, (...), je témoigne « oui je vous comprends, (...) parce que je l'ai vécu. » »

- Le vécu personnel donne un argumentaire et plus d'impact à leurs paroles de médecin :

○ Médecin 13 : « On aura beau dire, (...), dire des belles phrases, si on ne l'a pas vécu, ça peut être entendu, mais avec un peu moins de bénéfices, moins d'effets. »

○ Médecin 16 : « Ça les rassure et ça a plus de portée quand on raconte nos expériences et comment on les a gérées. »

### **2.3.1.3. La neutralité : mettre le patient à l'aise pour une meilleure prise en charge des patient**

Ce thème de neutralité est très présent dans tous les entretiens. Pour la majorité des médecins interrogés, rester neutre fait partie intégrante du métier de médecin.

- Médecin 13 : « S'il y a des convictions religieuses, politiques, ce genre de personne ne va pas du tout, du tout, se confier (en parlant d'une patiente transsexuelle). »
- Médecin 2 : « Je vois difficilement comment nous pourrions communiquer sur la religion, c'est des choses qu'on essaye de pas faire transparaître (...) pour que les gens puissent se sentir à l'aise, (...), il faut qu'on soit, comme universel. »
- Médecin 15 : « Après, si on commence à nous coller des étiquettes religieuses ou politiques (...), des patients n'oseront plus venir me voir ou plus me parler comme avant. »

### **2.3.1.4. Centrer la consultation sur le patient fait partie intégrante du métier de médecin.**

Les patients viennent en consultation pour eux, pour que les médecins s'occupent d'eux.

- Médecin 5 : « (...) il y a de temps en temps on dit « ça me rappelle que mon fils, il a fait ça ou ça ». Ils viennent pas pour mon fils. Ils viennent pour leur enfant. (...) Il ne s'agit pas de moi. Et on déplace le sujet et c'est pas forcément bien vu. »

- 
- Médecin 8 : « *Ca n'a aucun intérêt pour eux. Ca n'a pas de pertinence par rapport au contenu de la consultation.* »
  - Médecin 17 : « *On doit être là pour eux.* »

### **2.3.1.5. Respect des patients**

La vie privée du médecin transparaît également par son apparence, son attitude au cabinet, et donc pour les médecins, il s'agit aussi de respecter le patient accueilli au cabinet.

#### **- Propreté du médecin et du cabinet :**

- Médecin 14 en parlant du cabinet : « *Oui, faut que ce soit propre, clair et calme.* »
- Médecin 10 en parlant du médecin : « *Il doit être propre sur lui, pas apprêté mais en tout cas habillé de façon correcte.* »

#### **- Rangement**

- Médecin 10 en parlant du cabinet : « *Le cabinet bordélique, c'est le médecin qui en a un peu rien à foutre et qui n'est pas très consciencieux.* »
- Médecin 11 en parlant du cabinet : « *C'est aussi l'image du médecin. Si vous avez un bureau avec un tas de dossiers, où le médecin n'arrive pas à trouver son crayon ou un dossier...* »

#### **- Vêtements décents**

- Médecin 15 : « *Il faut quand même essayer de bien s'habiller sans tomber dans le tailleur ou le costard cravate. C'est par respect pour le patient, et ça fait plus sérieux, ça donne plus confiance.* »

### **2.3.1.6. L'organisation du planning et continuité des soins**

Le thème des horaires de consultations est bien évidemment en lien avec la vie privée du médecin.

- 
- Médecin 11 : « *Je donne mes dates de vacances. On a souvent une remplaçante, donc ça ne pose pas de problème pour la continuité des soins.* »
  - Médecin 8 : « *Dans mon activité à EUROP assistance, il y a des patients qui sont un peu agacés et qui me disent « on sait pas si on pourra venir vendredi parce que la consultation n'est pas ouverte, qu'est-ce qui se passe, vous ne savez pas ce que vous faites, vous connaissez pas votre planning », alors là je leur explique (le système des astreintes à EUROP). Sinon, il m'arrive de faire des formations le jeudi matin et un jeudi complet par mois et là je justifie pas. Je dis, je suis absent. Quand c'est programmé, c'est très simple. Quand c'est aléatoire, c'est un peu plus compliqué. (...)J'ajoute aussi que pour les urgences, on a une organisation à trois médecins, donc si l'un d'entre nous n'est pas là, les urgences sont assurées.* »
-

---

### 2.3.1.7. Les convictions personnelles et la vie privée interviennent dans le métier de médecin

- Médecin 2 : « *J'aimerais dire que ma vie privée n'intervient pas dans mon métier.* »
- Médecin 6 : « *On pourrait être hypocrites et dire que non, les convictions personnelles n'interviennent pas. Après je pense que oui, ça intervient forcément dans son métier, et que quelque part, d'en prendre conscience, c'est aussi de pouvoir lisser ça.* »

### 2.3.1.8. L'uniformisation des pratiques : un idéal à atteindre

- Médecin 2 : « *Parce qu'on aimerait, en tant que professionnel de santé, être neutre, et qu'on soigne chaque patient exactement de la même manière, chacun les uns à la suite des autres. En fait, non.* »
- Médecin 17 : « *Parce qu'on est censé prendre en charge les patients selon les recommandations, tous de la même façon.* »
- Médecin 10 : « *Parce que tout doit être harmonisé d'un praticien à l'autre et donc on ne devrait pas avoir de choses personnelles qui rentrent dans le métier, mais que de fait, vu la difficulté du métier et le relationnel avec les patients... ça rentre fatalement en compte.* »

### 2.3.1.9. Accès aux soins pour tous

Pour que tous les patients sans exception se sentent bien reçus au cabinet, les médecins ne doivent pas donner leurs convictions personnelles.

- Médecin 2 : « *La médecine, c'est une médecine publique, d'autant plus la médecine générale, qui est une médecine de premier recours, donc il faut que chacun se sente accueilli quelles que soient ses convictions.* »
- Médecin 8 : « *Ma conviction profonde, c'est qu'on est là pour soigner tout le monde, pour aider les gens.* »

### 2.3.1.10. Laïcité au cabinet

Les médecins n'ont pas tous le même avis sur l'exposition de leur religion au cabinet.

- Médecin 4 : « *La laïcité en France, c'est l'Etat ne subventionne aucun culte, et non pas la religion est une affaire privée et ne doit pas être affichée. Donc le cabinet étant un lieu privé à clientèle publique, il est possible d'afficher sa religion.* »
- Médecin 16 : « *Ce n'est pas l'endroit pour faire ça. On est censé rester neutre. C'est choquant de penser qu'un médecin affiche ses convictions politiques ou religieuses. On n'a pas à influencer nos patients.* »



- Médecin 15 au sujet de l'affichage de symboles religieux : *« Ce n'est pas possible, c'est vraiment quelque chose qui n'est pas envisageable. Ça entre en contradiction avec notre rôle de médecin traitant. On est censé rester neutre, ne pas juger et ouvrir nos consultations à tous, sans distinction. »*
- Médecin 14 : *« Moi, ça me paraît totalement déplacé, c'est pas le rôle du médecin. »*
- Médecin 5 : *« Les symboles religieux n'ont pas leur place parce que c'est pas le lieu de ce genre de choses et que ça n'intervient pas de toute façon dans mes décisions médicales. »*
- Médecin 1 : *« Bah je me suis posé la question, dans la mesure où ça reste tout à fait discret (...) je pourrais répondre que c'est pour moi, parce que c'est ma foi mais que je respecte totalement la leur. »*

### **2.3.2. Biais de sélection de la patientèle et vie privée**

#### **2.3.2.1. Les médecins ne se livrent pas à tous leurs patients, ils se livrent à ceux qu'ils connaissent depuis longtemps**

- Médecin 14 : *« Mais de toutes façons, ça reste très limité. Mais ce sont toujours les mêmes avec qui je parle de ça. (...) C'est toujours avec ceux que je connais bien, avec qui on partage depuis longtemps. »*
- Médecin 8 : *« C'est quelqu'un que je connais depuis 25 ans. »*
- Médecin 16 : *« Après c'est sûr, on répond plus ou moins en fonction des patients. Je connais des patients depuis très longtemps, donc nos rapports ont évolué. »*

#### **2.3.2.2. Les médecins se livrent aux patients dont ils connaissent les convictions.**

- Médecin 14 : *« Oui, je peux parler politique avec ceux que je connais bien. Sinon je reste très discret avec ceux que je connais moins, ou qui sont politisés et ne partagent pas mes opinions. »*
- Médecin 8 : *« J'ai vu un certain nombre de médecins avoir des biais de sélection. Je te parlais tout à l'heure des homosexuels, alors ça, c'est caractérisé, euh les médecins juifs, ils ont beaucoup de clientèle juive. Donc l'orientation sexuelle, je crois que ça joue beaucoup, et puis en matière religieuse, bon le médecin catholique c'est assez banal, mais le médecin juif a plutôt une clientèle juive. »*

#### **2.3.2.3. Les vêtements du médecin sont une manière de sélectionner une certaine patientèle également**

- Médecin 18 : *« Ma mère m'a dit que je ne serai jamais un bon médecin parce que je ne mettais jamais de cravate et que personne ne me prendrait au sérieux. »*

- 
- Médecin 8 : « *Il y a des gens qui doivent se dire : « le médecin est en jean, ça va pas, je reviendrai pas ».* »

### **2.3.3. Etiquette du professionnel de santé**

Ce thème regroupe les idées au sujet de la fonction de médecin, c'est-à-dire la représentation du médecin auprès des patients.

#### **2.3.3.1. Le médecin doit mettre des limites**

- Médecin 9 lorsqu'on lui demande s'il parle de sa vie privée en consultation : « *Oui, mais sans rentrer dans le détail, sans franchir les limites et sans rentrer dans le détail.* »
- Médecin 7 : « *Mes convictions religieuses, politiques, ils ne les connaissent pas mes patients. (...) Entre ce qu'ils ont besoin de savoir et ce qu'ils veulent savoir, la frontière est ténue.* »
- Médecin 12 sur la justification des absences du cabinet : « *Les secrétaires disent aux patients quand je suis en vacances. Mais ça s'arrête là.* »

#### **2.3.3.2. Le médecin doit savoir maîtriser sa consultation, la cadrer**

- Médecin 1 : « *Le fait de dire « non je suis désolée, on sort du champ de la consultation » ou « ça vous regarde pas » ou « ça ne va pas du tout nous aider dans votre problème d'aujourd'hui », ça m'aide moi aussi à recadrer les choses.* »
- Médecin 8 : « *Bon bah quelques fois t'as des mamies, t'as des gens qui te demandent « est-ce que vous êtes marié, avez-vous des enfants, combien ? » Bon bah maintenant, c'est cadré, (...), toujours pour pas que ça déborde.* »

#### **2.3.3.3. Le médecin doit s'affirmer en tant que professionnel de santé**

- Médecin 4 : « *Je vois pas ce que ça peut leur apporter (de connaître ma vie privée), mis à part me connaître sauf que je suis pas là pour être leur ami, je suis là pour être leur médecin.* »
- Médecin 2 : « *Je veux pas qu'ils compatissent à ma vie privée, je veux qu'ils comprennent qu'il y a le docteur, et qu'à côté, le docteur a une vie privée mais qu'ils n'ont pas à connaître.* »

#### **2.3.3.4. Absence de réciprocité de la relation**

Selon les médecins, il y a plus ou moins de réciprocité dans la relation médecin-patient.

- Médecin 2 : « *Parce que ça fait partie de toute l'inégalité de la relation patient-médecin. C'est que nous, on est amené à connaître des choses très intimes de leur vie,*

---

*mais justement, on n'est pas un ami, on est un médecin. Il n'y a pas de réciprocité à avoir. »*

- Médecin 9 : *« C'est normal qu'ils veulent savoir tout ça. Moi je peux le concevoir puisque moi je sais beaucoup de choses sur eux donc ils veulent savoir des choses sur moi. Mais il y a des limites à ne pas franchir. »*

### **2.3.3.5. La blouse : un outil controversé dans la représentation du médecin auprès des patients**

- Médecin 5 au sujet du port de la blouse : *« ça met une distance et ça me soule un peu. »*
- Médecin 3 : *« Disons que ça fait quelque part une ambiance un peu hospitalière en libéral. »*
- Médecin 7 : *« Je trouve que la blouse, ça fait trop hospitalier. Ça mettait quand même une barrière, j'ai l'impression. »*
- Médecin 2 : *« Moi j'aurais préféré qu'on ait tous une blouse dans les cabinets de médecine de ville, comme à l'hôpital, c'est-à-dire qu'on soit identifiés en tant que médecin. »*

### **2.3.3.6. Lien commercial, relation client-service**

Selon certains médecins, nous avons l'impression que la relation médecin patient se rapproche de celle d'un client avec un vendeur, où le médecin n'a plus le droit de dire non.

- Médecin 6 : *« Je pense qu'il y a une espèce de choix réciproque, et de moi qui vais être peut-être plus sympathique avec certains patients avec qui ça se passe mieux, et que forcément les patients avec qui ça passe mieux, ils seront contents et ils reviendront »*
- Médecin 6 : *« J'amenais mon conjoint à l'aéroport, et il fallait pas que je sois en retard, et j'ai refusé 5 personnes, (...), voilà ils sont pas du tout contents quand on leur dit non, je veux dire c'est limite s'ils me raccrochent pas au nez quoi. »*

### **2.3.4. Sexe du médecin**

Nous notons une différence dans la relation selon que le médecin est une femme ou un homme, notamment dans les rapports de séduction. Les femmes médecins parlent de patients « dragueurs » quand les hommes médecins parlent de patientes carrément « érotomanes ».

#### **2.3.4.1. Séduction des médecins femmes par les patients hommes**

- Médecin 1 : *« Je pense à plusieurs hommes, autour de la cinquantaine, souvent des célibataires qui utilisent un ton un peu... « ah vous êtes une jeune fille » . »*

- Médecin 3 : « *ça aurait pu s'apparenter un peu à de la drague ou quelque chose comme ça. (...)Il avait commencé à vouloir savoir dans quel quartier j'habitais, à me questionner sur ma vie privée. »*
- Médecin 5 : « *Parfois, il y a des patients qui outrepassent un petit peu la relation médecin-malades ».*

#### **2.3.4.2. Patientes érotomanes avec les médecins hommes**

- Médecin 16 : « *Et dans un autre registre, dans l'excès, j'ai déjà eu une patiente qui était un peu érotomane et qui voulait à tout prix savoir où je vivais... j'ai toujours fait attention à elle. »*
- Médecin 18 : « *C'était une patiente qui n'était pas toute jeune, (...), elle passait tous les dimanches à faire toutes les rue de Verrière, les unes après les autres, en regardant dans les jardins, et les voitures avec les plaques d'immatriculation, car elle avait repéré la mienne, elle voulait savoir où j'habitais. »*
- Médecin 13 : « *Donner mon numéro comme ça, non, jamais. Parce que moi, j'ai eu un problème avec une patiente qui a fait un délire érotomane, donc je sais qu'il faut rester très très prudent. »*

#### **2.3.4.3. Image de la femme médecin et mère**

- Médecin 15 : « *Surtout pour les conseils vis-à-vis des jeunes mamans. »*
- Médecin 10 : « *Par exemple, avoir des enfants, ça aide, pour l'expérience avec les enfants ».*
- Médecin 6 : « *Alors que j'ai pas à cacher ma vie privée, et notamment mes enfants, oui, c'est important, parce que ça fait partie de ma vie ».*

#### **2.3.4.4. La femme médecin accorde une importance à son statut de femme mariée**

- Médecin 1 : « *Alors, typiquement, le fait que je sois mariée, c'est important que les gens le sachent (...), je porte mon alliance au cabinet et je me suis fait souvent la réflexion que j'étais contente de l'avoir et l'air de rien, c'est un code social qui amène un peu le respect. »*
- Médecin 2 (n'est pas mariée) : « *Il se trouve que j'ai une alliance et que je la porte au cabinet. En fait j'ai pris l'habitude de la porter à l'hôpital, parce que c'est vrai qu'à l'hôpital, c'est un peu rassurant d'en avoir une, y compris vis-à-vis de l'équipe soignante, (...), quand ils voient une alliance à notre doigt, ça peut éventuellement éviter certaines remarques déplacées. »*
- Médecin 5 : « *Mon alliance me protège plus qu'elle ne me desserre, dans le sens où ça établit aussi que je suis mariée. »*

---

### **2.3.5. Médecin : Un personnage public**

Le médecin a une vie privée par opposition à son rôle dans la société, en effet, il est souvent « connu » dans le quartier où il exerce.

#### **2.3.5.1. Intrusion des patients dans la vie privée du médecin**

- Médecin 3 : « *Une certaine catégorie de patients aime bien connaître un petit peu la vie intime de son médecin. (...) J'ai le souvenir de patients que je voyais en visite à domicile (...) qui avaient verbalisé qu'ils aimeraient bien voir une photo de moi à mon mariage. »*
- Médecin 6 au sujet de ce qu'elle dit de sa vie privée : « *En général, c'est plus parce que j'arrive pas à éviter la question du patient. (...) Des fois, on va être forcé. Quand à 19h00, je vais dire, « bah non, je prends plus », bah malheureusement, faut s'expliquer, parce que sinon, ils sont vraiment pas contents. »*
- Médecin 13 : « *C'est : « vous partez ? où ? en famille ? »*
- Médecin 14 : « *Et s'ils me demandent pourquoi je n'étais pas là, je leur dis que j'ai le droit de me reposer, j'en ai besoin. »*
- Médecin 15 : « *Je dis que j'étais absente pour raisons personnelles. (...) Les gens ne me posent pas plus de questions quand je leur dis ça. Ils savent bien que c'est indiscret, ils ont des limites eux aussi. »*

#### **2.3.5.2. Le médecin doit faire attention à son image**

##### **Prendre soin de soi**

- Médecin 1 : « *J'ai plus de mal à y aller sans me maquiller par exemple (...) ça me paraît important que les gens trouvent quelqu'un d'un peu soigné, qui est propre, qui prend soin de lui. »*

##### **Apparence**

- Médecin 16 : « *J'essaye de bien m'habiller, sans forcément porter la cravate mais quand même. Avoir un peu de prestance quand même, ça fait plus sérieux. »*

##### **Respectabilité**

- Médecin 5 qui habite le même quartier que celui de son cabinet : « *C'est sûr que j'irai pas me balader avec les cheveux verts dans la rue un 31 décembre, mais je m'y suis faite. »*

#### **2.3.5.3. Le médecin reste discret et protège sa vie privée**

- Médecin 17 : « *Je n'ai mis aucune photo. Et de façon volontaire. Comme ça, si je ne veux pas me confier à un patient, je ne veux pas non plus qu'il puisse regarder mes photos perso. »*

- Médecin 3 : « *J'ai pas de compte Facebook, pour garder mon intimité au maximum. »*
- Médecin 11 : « *J'ai une photo au cabinet. (...) Elle est là depuis 5 ans et elle est au fond d'un meuble donc bon... (...) Mais j'en ai une sur l'écran de mon ordinateur. »*
- Médecin 5 au sujet d'un compte Facebook involontairement ouvert au public : « *Une patiente m'a dit (...) « vous aviez une très jolie robe de mariée », (...) ça m'a incité à mettre tout de suite des barrières supplémentaires. »*
- Médecin 9 : « *J'ai aussi un compte Viber sur mon téléphone et je ne m'étais pas rendu compte que du coup, mes patients avaient accès à mon profil. J'ai reçu une fois un message d'un de mes patients me disant « magnifique la photo avec votre fils ». C'était ma photo de profil... j'ai tout supprimé également. »*

#### **2.3.5.4. Imaginaire du patient sur son médecin**

- Médecin 18 : « *Ils vont projeter leurs propres idées sur ce qu'on pense (...). Moi je me rappelle d'une patiente qui, je ne l'ai jamais dissuadée, qui à chaque fois que je la voyais, me parlait de ma famille. Et elle s'était fait complètement une idée, je ne sais pas à partir de quoi, mais elle s'était imaginé ce que faisait ma femme, mes enfants, etc... ».*

#### **2.3.5.5. Pudeur du médecin**

- Médecin 3 : « *J'ai pas l'habitude de raconter ma vie aux gens et aux patients non plus. »*
- Médecin 6 : « *Ca me gêne un peu oui. Parce que c'est ma vie privée, et que ça concerne pas forcément les 1000 ou 3000 personnes de la patientèle du cabinet, de savoir si j'ai des enfants, si je suis mariée, si je vais à l'église. »*

#### **2.3.5.6. Attente des patients sur la personnalité du médecin**

- Médecin 5 : « *Ils attendent probablement de moi que je reste neutre avec, comment dire, avec un backround culturel, intellectuel, fourni, un peu éclectique. »*

#### **2.3.5.7. Attente des patients sur la connaissance du médecin**

- Médecin 15 : « *Même si nous nous livrons beaucoup moins que nos patients, nos patients nous connaissent quand même un peu, ils le croient et se livrent sûrement plus facilement. »*
- Médecin 14 : « *Je dois avoir une ou deux photos mais discrètes. Pas affichées à la vue de tout le monde. Non, et puis ça n'intéresse pas les gens. On n'est pas des hommes politiques. »*

---

### 2.3.5.8. Réputation du médecin

- Médecin 15 : « *Après, si on commence à nous coller des étiquettes religieuses ou politiques, les choses se savent vite. »*
- Médecin 18 : « *Si je raconte un crack à un patient et qu'il le raconte, là je suis mal. Voilà, ça, je me suis fait avoir une ou deux fois, en jeune médecin qui raconte des trucs un peu inexacts, y a toujours un retour en pleine figure. »*
- Médecin 18 : « *Donc on ne peut pas se cacher. Quand on commence à connaître un certain nombre de personnes, on les rencontre partout... et tout ce sait. »*

### 2.3.6. Le médecin : Un homme comme un autre

Les médecins rapportent que la relation médecin patient est avant tout une relation humaine et qu'eux non plus ne sont « pas des machines ».

#### 2.3.6.1. Transfert, contre-transfert, projection, ressemblance avec le patient

- Médecin 2 : « *Le fait de revivre son propre deuil à travers le deuil du patient, c'est pas non plus souhaitable, car on va pas s'occuper de lui, on va s'occuper de ce qu'on est soi-même en train de vivre. »*
- Médecin 4 : « *Forcément ça te saute aux yeux : « oh c'est ma grand-mère », et il y a une période, quelques secondes, quelques minutes, je sais pas, où on se dit, euh attends, arrête de penser à ta grand mère, c'est ton patient. »*
- Médecin 16 : « *ça les rassure de savoir qu'on est comme eux. »*
- Médecin 18 : « *Je ne montre pas les photos de mes enfants à quiconque. (...) J'imagine que le patient qui voit un visage, il va construire quelque chose de beaucoup plus précis. »*

#### 2.3.6.2. Impact émotionnel des événements de la vie du médecin

Les médecins qui ont vécu des expériences particulièrement douloureuses ne l'abordent pas en consultation.

- Médecin 8 : « *J'ai changé par rapport à la politique notamment des enfants, quand j'ai un enfant qui est mort. C'est un truc impossible. Je ne peux pas en parler. (...) Donc j'ai changé (suppression des photos personnelles au cabinet), pour ne pas que ça déborde. »*
- Médecin 18 : « *On se cache. Et puis j'avais ma problématique personnelle. Je n'étais pas très à l'aise dans ma vie personnelle, donc c'est pour ça que je n'avais pas envie d'en parler. »*

---

### **2.3.6.3. La relation médecin-patient est une relation de convivialité, une relation humaine comme ailleurs**

- Médecin 14 : *« Ceux que je connais depuis 30 ans, je connais un peu sa vie, ses enfants, donc après lui, il s'intéresse un peu aussi à ma vie. (...) Et on le fait par sympathie. On partage ensemble, donc c'est normal que je parle avec eux aussi de ma vie. »*
- Médecin 16 : *« Mais c'est normal, j'ai beaucoup de patients que je connais depuis longtemps, donc on se connaît bien, et c'est normal de prendre des nouvelles. »*

### **2.3.6.4. Relation amicale versus professionnelle**

- Médecin 4 : *« Parce que c'est pas mes potes. Ils sont pas là pour connaître ma vie. »*
- Médecin 11 : *« Il y a des patients avec qui, j'entretiens... enfin, c'est plus une relation professionnelle, c'est...amicale. Ce sont des années de suivi qui se sont transformées en relation amicale. (...) Avec certains patients, ça se tourne vers de l'affectif. »*
- Médecin 13 : *« Avec des patients qui nous posent des questions, qui pensent être dans une certaine relation de confiance, donc forcément un peu amicale (...) Moi c'est réhibitoire, je ne me confie pas du tout. »*

### **2.3.6.5. Humanisation du médecin, désacralisation de la fonction**

- Médecin 7 : *« J'ai passé une semaine à l'hôpital parce que je me suis fait une hernie discale (...) Ils l'ont su. Ça leur a permis de voir qu'un médecin, c'est un être humain. »*
- Médecin 9 : *« Je leur dis toujours « ce n'est pas le docteur qui parle, c'est monsieur A ». »*
- Médecin 11 : *« ça montre que ça n'arrive pas que chez eux (...) on est considéré comme... avoir fait des études brillantes, donc tout doit marcher, que nos enfants doivent être intelligents... Je peux leur montrer que (...) nous aussi, on est confronté à la réalité de l'éducation de nos enfants. »*

### **2.3.6.6. La médecine : un métier comme un autre**

- Médecin 4 : *« Est-ce que tu connais la vie de ton boulanger ? Est-ce que tu connais la vie de ton avocat ? (...) Je ne justifie pas mes absences du cabinet auprès des patients. Quand le patient prend des vacances dans son entreprise, il justifie pas auprès de ses clients qu'il est en vacances. »*
- Médecin 15 : *« ça n'entraîne rien. Quand tu travailles dans une entreprise et que tu mets des photos sur ton bureau, tes collègues peuvent les voir et ça ne pose pas de problème, là c'est pareil. »*



---

### **2.3.6.7. Importance de la stabilité personnelle pour bien faire son travail**

- Médecin 1 : « *Avoir une photo de moi et mon mari par exemple, pourquoi pas, c'est quelque chose que j'envisagerai (...) pour montrer que j'ai une stabilité à moi.* »
- Médecin 7 : « *Une vie privée saine va être plus facile pour travailler.* »
- Médecin 8 : « *La chose que j'ai vécue comme la plus importante, c'est quand il y a une difficulté familiale, à ce moment-là, le travail est beaucoup moins bien fait.* »

### **2.3.6.8. Le médecin pris dans sa globalité également**

- Médecin 4 : « *Parce que la religion, ça fait partie intégrante de ma vie et c'est une de mes composantes.* »

### **2.3.6.9. Rester fidèle à son image, ne pas se déguiser, être à l'aise au cabinet**

- Médecin 13 : « *Je pense qu'il faut être honnête. (...) Moi, j'ai arrêté de me prendre la tête, je mets mes vêtements de d'habitude, avec des chaussures de ville.* »
- Médecin 15 : « *Faut s'habiller comme on est.* »
- Médecin 16 : « *Il ne faut pas non plus se déguiser, faut se sentir à l'aise et aussi que le patient se sente à l'aise.* »

## **2.3.7. Tabous et craintes du médecin**

Les médecins décrivent certains tabous, notamment la réussite financière et personnelle par peur de heurter la sensibilité de leurs patients.

### **2.3.7.1. Tabou de la réussite financière**

- Médecin 9 : « *Mais il y a plein de choses, plein de signes que je ne montrerai jamais à mes patients... Une voiture... Une moto...* »
- Médecin 11 : « *J'évite de leur dire que je vais à l'autre bout du monde... mais plutôt en France...* »
- Médecin 13 : « *J'ai l'impression que quand c'est un peu trop flashy, un peu trop propre, ou un peu trop avec des beaux cadres, ils se disent : « où va mon argent ? »* »

### **2.3.7.2. Tabou de la réussite personnelle et familiale**

- Médecin 7 : « *C'est pas une vitrine, c'est pour moi. Je la trouve très belle cette photo et que c'est mon mariage.* »
- Médecin 14 : « *C'est difficile de leur dire que mes enfants ont réussi dans telle ou telle chose, alors qu'eux, ils galèrent.* »

- 
- Médecin 18 : « *Je veux pas avoir à dire que mes enfants sont mieux que les autres.* »

### **2.3.7.3. Peur du conflit**

- Médecin 6 : « *Si on a envie de dire qu'on est musulman ou qu'on est catholique, bon bah, je pense qu'on peut éventuellement être libre de le faire, après à soi d'assumer.* »
- Médecin 17 : « *Vaut mieux pas s'engager dans ce genre de conversations (...) j'ai pas envie de créer d'objet de discorde avec mes patients.* »

### **2.3.7.4. Peur des demandes abusives des patients**

#### **Besoin de tranquillité dans la vie quotidienne**

- Médecin 7 : « *J'ai des patients qui m'interpellent à l'école alors que je vais chercher mon fils en me disant « ah mais j'ai ça, et j'ai mal à la gorge » et ça, je ne supporte pas.* »
- Médecin 13 : « *Je ne veux pas les rencontrer quand je vais au marché, je ne veux pas les rencontrer quand je vais courir. (...) Je les ai rencontrés au parc Montsouris, bah, j'y vais plus, point.* »

#### **Difficulté à dire non**

- Médecin 6 : « *Si on est un peu trop proches des patients, un jour, dire non, alors qu'on a mangé ensemble, qu'elle connaît la date d'anniversaire de mon petit, et bah peut-être que ça va être encore plus difficile.* »

## **2.3.8. Ce qui transparait de la vie du médecin**

### **2.3.8.1. Les médecins abordent avec leurs patients leur vie maritale et familiale et leurs vacances**

- Médecin 11 : « *Par exemple, ce que font mes enfants, leurs études. On me le demande régulièrement.* »
- Médecin 4 : « *Quand on me demande si je suis en couple, je dis oui, je m'arrête là, si j'ai des enfants, je dis non et c'est tout.* »

### **2.3.8.2. Les médecins parlent de leurs hobbies**

- Médecin 8 : « *Par exemple, l'autre jour, j'ai soigné un pilote. Il m'a raconté un peu son truc, et j'ai posé une malheureuse question un tout petit peu technique, il a tout de suite vu que je connaissais, que je m'intéressais aux avions.* »
- Médecin 9 : « *Je suis médecin du sport, je cours beaucoup, et bah ils veulent systématiquement savoir combien je m'entraîne, quel temps je fais sur mon parcours.* »

---

### **2.3.8.3. Les médecins abordent des banalités, des expériences anodines**

- Médecin 3 : « *Quand je vais dire des choses, ce sera de petites choses, de manière très ponctuelle, et qui, entre guillemets, seront un peu anodines.* »
- Médecin 14 : « *Ce n'est quand même pas le quotidien (de parler de sa vie privée). Sauf sur des choses banales de la vie.* »

### **2.3.8.4. Les patients sont bienveillants envers leurs médecins lorsqu'ils abordent la vie privée**

- Médecin 9 : « *Ils sont attentifs à tout, comment tu es, comment tu te présentes, si la barbe a poussé ou pas poussé, si tu es fatigué ou pas fatigué...* »
- Médecin 16 : « *Quand nos patients nous posent des questions sur notre vie privée, elles sont souvent pas très indiscreètes. Ce sont juste des questions anodines pour prendre de nos nouvelles.* »

### **2.3.8.5. Le temps de l'échange social entre médecin et patient est bref**

- Médecin 15 au sujet des questions des patients sur sa vie privée : « *ça arrive mais pas directement. Ça arrive plus au cours d'une discussion qui ouvre sûrement à ça.* »
- Médecin 16 : « *C'est vrai qu'il y a souvent un petit mot, une phrase en fin de consultation car on prend mutuellement de nos nouvelles.* »

### **2.3.8.6. Le médecin va en dire plus sur ses convictions devant un événement d'actualité exceptionnel**

- Médecin 8, qui parle pourtant très peu de sa vie privée et de ses convictions, à la fin de l'entretien, me montre ses nouvelles ordonnances : je remarque au bas de la page le logo « JE SUIS CHARLIE ». Donc pas d'allusion politique en général mais devant certaines circonstances exceptionnelles, mesures exceptionnelles.

## **2.3.9. Evolution de la médecine**

### **2.3.9.1. La médecine n'est plus un sacerdoce, les médecins recherchent un équilibre vie privée - vie professionnelle. La médecine se féminise**

- Médecin 2 : « *Avant, il y avait un modèle de médecin homme, avec une femme à la maison, qui s'occupait de tout le quotidien et lui qui était le médecin, et qui était pris à 80% de son temps, je dirais, dans la médecine, pour ses patients etc... et qu'on essaye de rétablir un équilibre.* »
- Médecin 4 : « *Bah, en fait l'une des choses que j'aime, quand j'ai fini ma journée, je renvoie la ligne, j'éteins le PC, et ma journée est terminée.* »

- 
- |  |
|--|
| <p>- Médecin 15 : « <i>C'est important aussi de ne plus penser au travail quand on est chez soi.</i> »</p> |
|--|

### **2.3.9.2. Il n'y a plus de médecine paternaliste**

- |  |
|--|
| <p>- Médecin 9 : « <i>La tenue de médecin a évolué. Moi je me souviens de mon médecin quand j'étais enfant, il avait systématiquement une cravate, un pantalon, une veste. (...) Il m'est arrivé exceptionnellement de consulter avec une cravate, (...) les gens avaient un regard différent.</i> »</p> <p>- Médecin 17 : « <i>C'est normal de parler ensemble et de partager. Sinon, ça fait un peu vieux médecin paternaliste, à qui on doit obéir, et dont les patients auraient presque peur de se confier.</i> »</p> |
|--|

## **2.4. INTERPRETATION DES RESULTATS**

Deux types de médecins se dégagent de ces résultats. Ces deux types se distinguent surtout par leur âge et par conséquent, par leur durée d'exercice.

D'une part, nous identifions le médecin d'une trentaine d'années, ayant surtout remplacé ou débutant tout juste son installation, vivant en concubinage, pas toujours marié, n'ayant pas d'enfant. Ce type-là est beaucoup plus ferme sur la protection de sa vie privée et cherche avant tout à être identifié en tant que professionnel de santé, en tant que Docteur. Donc ils seront très discrets sur leur vie privée, considérant que les patients n'ont pas à la connaître et comprennent mal ce que cela peut apporter aux patients.

D'autre part, nous identifions le médecin à partir d'environ quarante, quarante-cinq ans, ayant au moins 4 à 5 ans d'installation après avoir remplacé, marié, ayant des enfants. Ces médecins ont tissé des liens avec leurs patients sur l'argument de la durée. Ils trouvent cela « normal » qu'il y ait une sorte de réciprocité de la relation qui est devenue conviviale, il est normal que le patient demande des nouvelles et ce dernier le fait par bienveillance envers son médecin. La relation médecin-patient a donc évolué avec le temps, le médecin ressent un peu moins l'intrusion de ses patients.

Il n'y a pas de différence entre les deux types sur le « mensonge », dans les deux groupes nous retrouvons un exemple où le médecin a du mentir ou utiliser des artifices pour une raison ou une autre.

A noter que le médecin qui répond de manière spontanée que la vie privée n'intervient pas dans son métier, fait plutôt partie du groupe de médecins plus anciens qui donnent des exemples de sa vie privée à ses patients. En effet, lorsque nous analysons l'entretien dans son ensemble, il apparaît que ce médecin utilise en fait sa vie privée pendant les consultations.

---

## 3 DISCUSSION

---

### 3.1. LIMITES DE L'ETUDE

Nous identifions plusieurs limites à notre étude.

#### 3.1.1. Limites liées à la méthode de recherche

Lors des entretiens, de manière consciente ou inconsciente, la personne interrogée contrôlera ses paroles pour garder une image socialement acceptable, c'est le phénomène de désirabilité sociale (16). De plus, il existe un écart entre le discours d'un individu sur ses pratiques et la réalité des pratiques décrites. (17)

Lors de l'analyse des entretiens, il y a toujours un risque d'interpréter les dires de la personne interrogée, c'est pourquoi, nous avons à chaque étape gardé la plus grande rigueur, aussi bien pour le recueil des données que pour le codage en verbatim réalisé en double-aveugle.

#### 3.1.2. Limites liées à notre intervention

Bien que nous ayons le même questionnaire, Laëtitia Velly et moi-même, les entretiens étant semi dirigés, nous n'avons pas la même façon d'aborder l'entretien et donc de faire développer les idées des personnes interrogées. Probablement que dans notre manière d'interroger, nous avons amené les personnes à répondre de manière un peu différente. Cependant, au moment de faire l'analyse, les mêmes thèmes sont ressortis dans tous les entretiens.

Par ailleurs, il existe toujours la crainte de « déranger » les médecins alors qu'ils sont sur leur lieu d'exercice, même s'ils ont volontiers accepté de répondre au questionnaire. Cela a eu comme conséquence de parfois écourter l'entretien ou de ne pas toujours développer toutes les idées abordées. Nous nous en sommes rendues compte en retranscrivant les entretiens, en prenant du recul sur l'interview : certaines réponses méritaient d'être plus explicitées.

De plus, au moment de l'évolution du questionnaire, nous voulions demander aux médecins si la médecine générale était un choix, et cette question n'a malheureusement pas été posée à tous.

---

## **3.2. DISCUSSION GENERALE**

À l'issue de tous les entretiens, nous concluons que tous les médecins s'accordent à dire que leur vie privée intervient dans leur métier de médecin et dans la relation avec leurs patients. Nous pouvons dire que cette vie privée interagit de trois manières différentes.

### **3.2.1. La vie privée, certes protégée, mais avec une importance dans l'échange social**

Nous avons vu que ce qui transparaissait de la vie du médecin était relativement anodin : la vie maritale, les hobbies, les impressions sur l'actualité... Et cela dans le cadre d'un échange avec le patient : ce n'est pas le médecin seul qui parle de lui. Ce lien social est très important pendant la consultation.

Daniel R. Wolpaw, médecin généraliste américain, parle des vertus de la « non-pertinence » (18), c'est-à-dire de cet échange qui n'est pas pertinent pour la consultation strictement biomédicale. Pour lui, cet échange a quatre objectifs. Premièrement, cela montre que nous voyons le patient comme un individu unique, un individu à part entière. Deuxièmement, cela signifie que nous partageons nos expériences, et montre que nous ne sommes pas si différents des patients. Troisièmement, cela prouve que nous sommes attentionnés et attentifs aux détails (par exemple : « Jolie ceinture, où l'avez-vous achetée ? »), et quatrièmement cela montre que nous sommes ouverts à la discussion avec le patient. De manière générale, cela veut dire de la part du médecin : « J'ai du temps pour vous ».

L'auteur rapporte cette frustration que décrivent les médecins lorsqu'ils veulent aider les patients et les soigner et que ceux-ci préfèrent les conseils du voisin ou du coiffeur, parce que ces derniers sont proches des patients et partagent un espace avec eux. Daniel R. Wolpaw explique que le médecin peut faire partie de cet espace afin de mieux prendre en charge le patient. Il explique également que ce n'est pas difficile d'y parvenir, il peut suffire d'une remarque anodine.

Par ailleurs, il remarque que vers les années trente, quatre consultations sur dix étaient des visites à domicile (19), et que naturellement, la conversation incluait des expériences partagées et des observations non médicales. Il est probablement impossible de recréer un tel environnement au cabinet médical, mais ouvrir la consultation avec une remarque anodine permet de prendre contact avec le patient avant de prendre contact avec le biomédical.

Dans tous les entretiens, nous retrouvons l'idée que les médecins veulent protéger leur vie privée, de manière plus ou moins ferme selon la typologie du médecin déjà décrite dans le chapitre précédent. Nous retrouvons cette idée notamment dans le fait que les médecins souhaitent dans la majorité vivre à une certaine distance du cabinet afin de ne pas croiser les patients dans la vie quotidienne. Cependant, sur quinze médecins interrogés, trois disent vivre dans le quartier de leur cabinet et que finalement, au quotidien, cela ne pose pas de problème. Un médecin parmi les dix-huit dit ne pas habiter dans le même quartier, mais dit rencontrer ses patients tout de même sans que ça le gêne.

---

Les onze médecins ne souhaitant pas vivre proches du cabinet donnent les exemples de patients leur ayant fait des demandes médicales en dehors du cabinet, donc nous retrouvons cette peur de l'abus de la part des patients. Nous pouvons nous demander pourquoi cela n'arrive pas aux médecins qui vivent proches du cabinet : soit les médecins ne sont pas dérangés par ces demandes, soit ils ont habitué leurs patients, ils les ont « éduqués » à ne pas faire de demandes en dehors de la consultation, et une fois cela fait, les patients respectent la vie intime du médecin. Nous n'avons pas approfondi cette idée avec les médecins interrogés.

### **3.2.2. La vie privée, « expérience » aidant pour la prise en charge**

Pour tous les médecins, leur vécu, en tant qu'expérience de vie, va pouvoir les aider pour améliorer la prise en charge des patients. Ils ont souvent pris pour exemple le cas de parents malades, en perte d'autonomie ou des proches atteints de cancer. C'est-à-dire que ces cas de leur vie privée vont leur apporter des outils « pratiques » pour aider le patient, comme les démarches à faire pour une hospitalisation à domicile etc... Ce sont finalement des cas « lambda » qui ont apporté un plus à leur expérience médicale. Ce vécu est donc décrit comme une véritable compétence médicale acquise, avec une compréhension psychologique supplémentaire du problème.

Pour illustrer ce phénomène, une étude israélienne a montré que le mode de vie des professionnels de santé était directement corrélé à leur performance clinique. C'est l'étude PHASE : The Promoting Health by Self Experience (20). Cette étude faisait suite à celle de Frank et al. en 2007 (21) qui montrait que les médecins ayant un mode de vie plus sain faisaient une meilleure prévention primaire auprès de leurs patients.

L'étude PHASE est un essai contrôlé randomisé où ont été comparés deux groupes de médecins ayant reçu ou non le programme d'intervention : cours de communication pour apprendre à transmettre le savoir aux patients, auto expérience sur son propre mode de vie, techniques comportementales... et ce pendant trois mois. À l'issue du programme, les résultats de leurs patients ont été comparés : s'ils avaient reçu plus de conseils, si leurs habitudes alimentaires avaient changé : consommation de viande rouge, de sel, de légumes etc... si leur consommation de tabac avait diminué etc...

L'étude PHASE montre que les médecins ayant reçu le programme d'intervention avaient de meilleures performances cliniques auprès de leurs patients.

Ce n'est qu'un exemple pour illustrer que la vie privée peut apporter une véritable compétence médicale lors de la consultation.

### **3.2.3. La vie privée, le contre-transfert et l'empathie**

Bien évidemment, nous ne pouvons pas parler de vie privée du médecin et de son interaction dans la relation médecin - patient sans aborder les phénomènes de contre-transfert et d'empathie, même brièvement.

---

En psychanalyse, le contre-transfert se définit comme les réactions affectives conscientes et inconscientes qu'éprouve le médecin vis-à-vis de son patient. Il est très directement lié à la personnalité du médecin et à son histoire personnelle. (22)

Certains médecins interrogés ont spontanément parlé des phénomènes de contre-transfert qui les ont gênés dans la prise en charge des patients. Les médecins disent devoir garder une certaine distance avec leur vie privée pour garder la maîtrise de la consultation. L'un d'entre eux expliquait ne pas vouloir revivre le deuil de l'un de ses proches à travers le deuil d'un proche du patient, en se faisant la réflexion qu'il ne pourrait plus s'occuper correctement du patient dans ces conditions.

Cette juste distance est également nécessaire à l'empathie.

L'empathie, bien qu'elle soit difficile à définir, représente « la faculté de s'identifier à quelqu'un, de ressentir ce qu'il ressent ». (Petit Robert)

Selon les courants de pensées, elle a eu plusieurs définitions. Le Dr Audrey Joubert explique dans sa thèse sur les déterminants de l'empathie chez les médecins (23), que les nombreuses définitions de l'empathie ont deux points communs :

D'une part, l'empathie est une expérience émotionnelle plus reliée à autrui qu'à soi-même. D'autre part, cette expérience a lieu tout en gardant pleine conscience de la distinction entre soi et autrui.

En effet, pleurer avec le patient ne l'aidera pas, mais montrer que nous comprenons sa douleur permettra un effet thérapeutique. Ce n'est ni de la sympathie, ni de la compassion.

Plusieurs médecins ont donné comme raison au fait de parler de leur vie privée et de leur vécu, l'empathie envers le patient. En effet, pour la majorité d'entre eux, il s'agissait de montrer au patient qu'il était compris et que le médecin entendait bien sa souffrance. Il s'agit de montrer au patient qu'il n'est pas seul dans ses difficultés, que le médecin lui ressemble et qu'il n'est pas « supérieur » au patient. C'est une manière d'humaniser la fonction, de faire descendre le médecin de son piédestal.

Le Dr Joubert a rapporté les déterminants de l'empathie chez les médecins généralistes retrouvés dans différentes études :

Le fait de choisir la médecine générale par rapport à d'autres spécialités, le bien-être du médecin, le fait d'être en couple, le fait d'avoir suivi une psychothérapie, le fait d'avoir reçu une formation sur la relation médecin patient.

C'est pourquoi nous avons ajouté dans notre questionnaire les trois questions concernant le groupe Balint, une éventuelle psychothérapie et le choix de la médecine générale.

Finalement, nous ne retrouvons pas d'éléments particulièrement différents, d'un point de vue purement qualitatif, dans nos entretiens entre les médecins ayant fait une psychothérapie ou participant à des groupes de pairs et les autres.

Pour conclure ce paragraphe, nous remarquons que quel que soit le mode d'expression de la vie privée du médecin au sein de la consultation, le but est de mieux soigner le patient.



---

En effet, il s'agit soit de le mettre à l'aise via l'échange social pour qu'il se confie, ou encore de lui montrer qu'il est soutenu dans sa souffrance, mais aussi de mettre à l'écart les représentations et le ressenti du médecin pour mieux centrer son attention sur le patient et l'aider.

Le but premier du médecin est donc de bien faire son travail. C'est le professionnalisme qui l'emporte.

### **3.3. LAÏCITE AU CABINET ET NEUTRALITE**

Les médecins n'étaient pas tous d'accord sur l'affichage de symboles religieux au cabinet. Parmi les dix-huit médecins interrogés, deux étaient catholiques pratiquants et se posaient la question d'afficher une petite croix au cabinet mais ne l'avaient pas encore fait. Un troisième médecin est catholique, mais ne voulait pas exposer sa religion au cabinet. Deux médecins se déclaraient spontanément athées. Nous n'avons pas su la religion et les pratiques des autres médecins. À part les deux médecins catholiques cités, aucun autre médecin ne trouvait l'affichage de la religion judicieux. Pour eux, cela revenait à fermer sa porte à des patients d'autres religions, ou bien à gêner l'expression du patient car ce dernier aurait peur d'être jugé par le médecin (par exemple une demande d'IVG). Certains médecins considèrent même que cela s'apparente à du prosélytisme et que les médecins ne doivent pas influencer leurs patients, notamment les plus fragiles.

Les médecins catholiques répondent que ce n'est pas du prosélytisme, et que s'ils affichent leur religion au cabinet, c'est avant tout pour y être à l'aise, que cela fait partie intégrante de leur vie et que ce n'est absolument pas pour exclure des patients. Mais ils notent que si cela dérange un patient, celui-ci peut choisir un autre médecin (ce qui est donc très ambivalent).

Nous tenons à préciser que les médecins catholiques ayant évoqué la possibilité d'afficher leur religion au cabinet ne l'avaient pas encore fait et se posaient la question de le faire ou non.

#### Que disent les textes ?

Le Code de Déontologie médicale stipule dans l'article 7 (et article R.4127-7 du Code de la Santé Publique) (24) (25) que :

*« Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances. Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée. »*

---

Donc, dans les Codes de Déontologie et de la Santé Publique, c'est la religion du patient qui est évoquée. La religion du médecin ne l'est pas. Le médecin se doit de soigner de la même manière tous les patients, quelle que soit leur religion.

En cela, les médecins affichant leur religion au cabinet ne vont pas à l'encontre des Codes, dans le sens où ils ne refusent pas leurs soins aux patients n'ayant pas la même religion qu'eux. C'est le choix du patient de ne pas se faire soigner par eux.

Mais nous pouvons nous demander quelle place tient le médecin généraliste libéral dans la mission de Service Public.

Par lettre du 6 juin 2013, le président de l'Observatoire de la laïcité a sollicité un avis de la Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH) sur « les voies et moyens d'une bonne application du principe de laïcité, respectueuse des libertés fondamentales et du principe de non-discrimination ». (26)

Le problème posé concerne les entreprises et d'une manière générale, le secteur privé et leur place par rapport à la laïcité.

La laïcité, en France, est définie en grande partie dans la Loi de 1905 sur la séparation des Eglises et de l'Etat. Les articles 1<sup>er</sup> et 2 disposent que : « *La République assure la liberté de conscience. Elle garantit le libre exercice des cultes sous les seules restrictions édictées ci-après dans l'intérêt de l'ordre public.* », « *La République ne reconnaît, ne salarie, ni ne subventionne aucun culte.* » (26)

Dans les services publics, le principe de laïcité impose une stricte neutralité. Cette neutralité a deux implications :

- « L'égalité (art. 2 de la Constitution) devant la loi de tous les citoyens sans distinction d'origine, de race ou de religion. »
- L'administration et les services publics doivent donner toutes les garanties de la neutralité, mais doivent aussi en présenter les apparences pour que l'utilisateur ne puisse douter de cette neutralité.

En ce qui concerne les hôpitaux, c'est assez simple, car ils font directement partie du Service Public. Ce n'est pas aussi simple pour le médecin généraliste qui a un cabinet privé qui accueille du public.

#### Quelle est la frontière privé-public ?

La CNCDH répond de manière assez claire : le droit dit que l'obligation de neutralité ne peut s'imposer que si l'activité prise en charge par la personne privée est une activité de service public. Pour identifier cette activité, la jurisprudence administrative a recours à un faisceau d'indices.

Le Conseil d'Etat considère qu'une « *personne privée qui assure une mission d'intérêt général sous le contrôle de l'administration, et qui est dotée à cette fin de prérogatives de puissance publique, est chargée de l'exécution d'un service public ; que, même en l'absence de telles*

---

*prérogatives, une personne privée doit également être regardée, dans le silence de la loi, comme assurant une mission de service public lorsque, eu égard à l'intérêt général de son activité, aux conditions de sa création, de son organisation ou de son fonctionnement, aux obligations qui lui sont imposées ainsi qu'aux mesures prises pour vérifier que les objectifs qui lui sont assignés sont atteints, il apparaît que l'administration a entendu lui confier une telle mission. »*

Donc lorsque nous lisons ce texte, il apparaît très clairement que le médecin généraliste assure une activité de service public. En effet, il assure une mission d'intérêt général : soigner la population, sous le contrôle de l'administration : notamment les subventions de la Sécurité Sociale.

Si nous suivons ce texte, le médecin généraliste ne peut pas afficher de symboles religieux au cabinet.

La bibliographie au sujet de religion et médecine montre surtout les cas éthiques posés par la fin de vie, l'acharnement thérapeutique, l'euthanasie, la procréation médicalement assistée etc...

La question intéressante à se poser est : malgré la religion du médecin, est-ce que celui-ci garde une neutralité vis-à-vis de la prise en charge de ses patients ?

Une étude américaine de 2010 a voulu montrer l'impact de la pratique religieuse des médecins réanimateurs en néonatalogie sur la prise en charge de leurs patients. (27) L'étude a été menée auprès de 298 médecins en néonatalogie. Près d'un quart des répondants se considéraient comme très pratiquants, 42 % comme modérément pratiquants, 22% peu pratiquants et enfin 11% athées. Un questionnaire leur a été proposé permettant de détailler leurs attitudes face à telle ou telle situation et si leur attitude avait une cause religieuse : par exemple, la sédation entraînant une dépression respiratoire chez l'enfant mourant, le maintien ou l'arrêt des soins provoquant la mort de l'enfant, les soins de réanimation chez des enfants porteurs de trisomie 13 ou 18. Les résultats ne montrent pas de différence significative selon que le médecin est très pratiquant, modéré, peu pratiquant ou athée sur la prise de décision en néonatalogie.

### **3.4. SEXE DU MEDECIN ET CLICHES**

La féminisation de la médecine est le résultat de deux phénomènes : d'une part, l'augmentation du nombre de jeunes femmes s'inscrivant en médecine (+ 46% entre 1970 et 1990), d'autre part le moindre attrait exercé par cette filière sur les jeunes hommes (leurs inscriptions a baissé de 55% dans le même temps). (28) Cela a pour conséquence une modification de la pratique de la médecine : volonté de ne pas sacrifier sa vie personnelle, préférence de l'exercice salarié, une activité professionnelle plus souvent interrompue (grossesses), plus de renoncements que les hommes pour concilier vie privée-vie professionnelle. (28)

De plus, il est possible que cette modification du temps de travail ait également entraîné un changement de vision des collègues hommes qui, eux aussi, diminuent leur temps de travail pour mieux concilier vie privée et professionnelle. (29)

---

Nous avons été très surprises par les réponses de certaines femmes médecins qui accordent une véritable importance à leur statut de femme mariée. Pour elles, c'est un statut qui amène encore une certaine forme de respect. D'ailleurs, l'une d'entre elles n'est pas mariée, mais porte tout de même une alliance pour avoir un peu plus de respect de la part de ses patients et pour essayer d'avoir moins de remarques désobligeantes (séduction etc...). (D'ailleurs cette personne disait ne pas mentir à ses patients et n'en voyait pas l'intérêt, mais porter une alliance « pour de faux » n'est-il pas un mensonge ?)

Faut-il être mariée pour s'assumer pleinement en tant que médecin femme dans la société ? Une femme célibataire n'a-t-elle pas le droit au même respect et à la même crédibilité qu'une femme mariée ?

Nous notons un véritable problème de légitimité de la part de ces femmes médecins, malgré neuf ans d'études voire plus...

D'ailleurs, il n'y a pas qu'un problème de légitimité, il existe aussi un problème de protection face à la gent masculine, « séductrice » au cabinet.

Le Dr Lenormand-Desasy a mené des focus groups de femmes médecins dans sa thèse sur l'impact de la féminisation de la médecine générale dans la relation médecin-patient. (30) Elle retrouve les mêmes résultats : problème de légitimité et d'autorité ressenti par les médecins femmes. Les médecins rapportent des faits tels que : « des patients qui les appellent par leurs prénoms », ce sentiment d'avoir la place « entre la télé et la boulangère », la notion de « devoir faire ses preuves ». Ceci est d'autant plus ressenti lorsque les patients sont d'une catégorie socioculturelle basse ou alors, lorsque les patients sont des personnes âgées.

Concernant les hommes que nous avons interrogés, il a été amusant de constater que contrairement aux femmes, ils ne parlaient jamais de « drague » au cabinet de leurs patientes envers eux, mais ils parlaient d'emblée d'« érotomanie ». Je me suis demandé pourquoi cette différence. Est-ce que finalement la séduction ne les dérange pas plus que cela ? voire les flatte ? Et que donc spontanément, les médecins ont parlé de ce qui les dérangeait, voire les effrayait. Ou bien, est-ce encore un autre cliché sur la femme ? Elle n'a pas le droit de séduire son médecin et est donc forcément dans l'érotomanie ?

Nous n'avons pas développé avec les médecins, hommes et femmes, ce rapport de séduction pour connaître exactement les circonstances des faits rapportés.

Dans les deux sexes, nous notons une volonté de se protéger de la séduction du patient, par le statut marital du côté des médecins femmes, et par des moyens plus généraux (le fait de ne pas donner son numéro de téléphone et son adresse personnelle) pour les médecins hommes.

---

Dans la littérature, nous pouvons retrouver d'autres disparités entre homme et femme médecin :

Tout d'abord, il est intéressant de remarquer que sur l'ensemble de la population médicale, toutes spécialités confondues, les hommes médecins ont des revenus 1,7 fois plus importants que leurs homologues féminines, mais malgré cela, leur niveau de vie n'est différent que de 2% par rapport aux femmes. (34) Ceci est expliqué par la situation maritale des médecins : 90% des hommes médecins vivent en couple, contre 70% des femmes médecins. De plus, parmi les médecins qui vivent en couple, les médecins hommes ont dans 36% des cas une conjointe qui n'a pas d'activité professionnelle déclarée, contre 6% des conjoints des femmes médecins. Et enfin, lorsque le conjoint travaille, il fait partie d'une catégorie socioprofessionnelle haute (cadres ou professions intellectuelles supérieures) pour 70% des médecins femmes, contre 36% des conjointes des hommes médecins. (34 et 6)

Nous pouvons commenter ces résultats comme des « stéréotypes » de la société, où lorsque l'homme a une profession valorisante socialement et financièrement, sa femme est au foyer ou exerce un métier moins reconnu.

D'autre part, il existe une différence dans l'utilisation du temps « libre » selon le sexe du médecin. Lorsque les médecins sont interrogés sur l'articulation de leur temps de travail versus leur temps libre, ils répondent en se référant à des normes de genre. (8)

Ainsi, les femmes sont soucieuses de montrer qu'elles sont suffisamment disponibles pour la vie familiale et qu'elles ne négligent pas leurs proches. (8) Elles ont alors tendance à minorer leur temps de travail.

Chez les hommes, un phénomène quasiment inverse existe : les aménagements du temps de travail sont rarement expliqués en référence à la sphère familiale, mais sont justifiés par la nécessité de prendre du temps pour soi, notamment pour les loisirs. (8)

Ces différences tendent à diminuer, puisque les hommes vivent de plus en plus avec des femmes actives, et que la volonté d'une « paternité active » est de plus en plus exprimée. (8)

### **3.5. LE MEDECIN EN REPRESENTATION**

Nous avons décrit dans le chapitre Résultats deux typologies de médecins.

Le jeune médecin, plus ferme sur la protection de sa vie privée, souhaite avant tout être identifié en tant que « Docteur » et a peut-être un visage un peu moins humain ou chaleureux que son confrère plus expérimenté et ancien. Pour quelles raisons ?

Existe-t-il un « complexe du jeune médecin » désireux de faire ses preuves ?

Peut-être que comme la femme médecin, le jeune médecin veut légitimer son exercice en montrant un visage particulièrement « sérieux ». Il est vrai que durant les études de médecine, la médecine générale n'est absolument pas valorisée par rapport aux autres

---

spécialités au sein de la Faculté. Cherchons-nous, en tant que jeune médecin à compenser cette dévalorisation de nos études par un visage plus « solennel » ?

Une étude canadienne illustre bien l'ambivalence des médecins sur la conception du médecin de famille. (31) Elle consiste en la réunion en focus groups d'internes de médecine générale de trois pays différents : France, Belgique et Canada. Il s'agit de définir ce qu'est le médecin de famille. Dans les trois pays, les médecins sont d'accord sur les trois principaux rôles du médecin de famille : une relation médecin patient qui se construit avec le temps, la capacité à résoudre les problèmes de premiers recours et la capacité à adresser le patient et de coordonner les soins.

Cependant, l'étude montre une différence entre Canada et Europe sur la hiérarchie de ces missions. Les Européens mettent l'accent sur la relation, qui pour eux, est bien devant les connaissances par rapport aux autres spécialités, tandis que les Canadiens sont attachés à toujours suivre les dernières recommandations biomédicales.

Dans les trois pays, les internes rapportent que leur profession a été dévalorisée durant leur cursus universitaire, notamment par les spécialistes. Beaucoup d'entre eux rapportent avoir été décrits comme « trop brillants pour être médecins généralistes ».

Lors des entretiens, nous pouvions également ressentir une certaine « crainte » du patient, dans le sens où les médecins plus jeunes étaient très soucieux de séparer le temps lié au travail et aux demandes des patients (peur de l'abus), et le temps personnel. Le jeune médecin attache une importance à mieux équilibrer vie privée et vie professionnelle, il souhaite prévenir le burnout. Nous retrouvons ce sentiment de « trop de travail » dans la littérature : cette situation se transforme en sentiment d'injustice. (33) Les médecins sont convaincus de travailler plus que le reste de la population et se plaignent d'être soumis à une « servitude temporelle » (8). Les médecins rejettent de plus en plus cette « disponibilité permanente » qui était largement acceptée par les générations antérieures de praticiens. (8)

Il existe un autre point important à souligner : chez deux médecins parmi ceux interrogés, qui avaient vécu des moments particulièrement douloureux et d'une exceptionnelle gravité (par exemple la mort d'un enfant), il a été pointé qu'il était absolument impossible d'en parler lors de la consultation. Cela mettait le médecin dans des conditions qu'il ne pouvait plus gérer. Le médecin se crée donc des « réponses toutes préparées » afin de ne pas être perturbé pendant la consultation. Le médecin crée donc ses propres mécanismes de défense.

### **3.6. COMPARAISON AVEC LES REPONSES DES PATIENTS**

Il ne s'agit pas ici de reprendre tous les résultats de la partie patients de la thèse, mais de répertorier brièvement les points marquants.

---

Les patients ont montré un très grand attachement au principe de neutralité et de laïcité au cabinet également.

Il est important pour les patients de connaître leur médecin traitant, ne serait-ce « qu'un peu ». Ils n'ont pas besoin de connaître les détails de la vie privée de leur médecin, mais savoir quelques généralités sur leur médecin permet d'augmenter leur confiance. Bien que les compétences du médecin restent le plus important pour les patients, la qualité relationnelle n'en est pas moins secondaire.

Les patients n'ont pas du tout évoqué de différence selon que le médecin était un homme ou une femme.

Ils n'ont pas du tout l'air de se préoccuper de l'argent du médecin (alors qu'il existe un tabou chez le médecin de sa réussite financière).

Les patients ont particulièrement bien décrit les compétences qu'ils attendent de leur médecin généraliste. Il a été amusant de constater que les patients reprenaient spontanément l'ensemble de la marguerite des compétences (32) dans leur discours.

Les médecins ont surtout évoqué le professionnalisme dans son ensemble. Les autres compétences évoquées, de manière plus limitée sont : le premier recours (l'accueil pour tous les patients au cabinet), la continuité des soins (lorsqu'ils s'absentent), et la consultation centrée sur le patient avec l'importance de la relation.

---

## CONCLUSION

---

L'objet de ce travail était de savoir comment interagit la vie privée du médecin dans la relation médecin patient au sein de la consultation.

Nous pouvons répondre que, d'une part, la vie privée du médecin intervient effectivement dans la consultation : il s'agit d'expériences anodines et de banalités. D'autre part, cette vie privée intervient de trois manières.

Premièrement, elle permet un échange social avec le patient, deuxièmement, elle permet d'apporter une expérience « pratique » au médecin, et enfin, elle est une façon pour le médecin de montrer son empathie envers le patient en humanisant la profession.

Dans tous les cas, la vie privée est utilisée à but professionnel : celui de mieux soigner le patient.

Nous concluons donc que les médecins mettent toujours en avant leur professionnalisme même quand il s'agit de parler de leur vie privée.

Deux typologies de médecin se sont dégagées. D'une part, le « jeune médecin » d'une trentaine d'années, non marié, sans enfant démarrant son activité : ce médecin est ferme sur sa vie privée, et souhaite avant tout être identifié en tant que « Docteur ». D'autre part, le médecin plus expérimenté, à partir de quarante - quarante-cinq ans, installé, avec une patientèle qu'il suit depuis quelques années : ce médecin est plus « convivial » et considère que partager des expériences avec les patients est un véritable plus dans la relation médecin patient.

La place de la vie privée du médecin dans la consultation évolue donc dans le temps.

Nous avons également montré des différences selon le sexe du médecin : certaines femmes médecins interrogées attachent une véritable importance à leur statut de femme mariée, pour elles, cela peut les protéger de la séduction des patients, et leur apporte une certaine légitimité dans leur exercice. Nous avons aussi retrouvé des différences selon le sexe du médecin dans la littérature dans l'articulation vie professionnelle – vie privée.

Nous avons également montré que les médecins ne sont pas tous d'accord sur l'affichage de certaines convictions personnelles au cabinet comme la religion. Ils sont partagés entre rester neutres face aux patients afin que ceux-ci se sentent pleinement accueillis au cabinet, et afficher ce qui fait partie intégrante de leur vie, et donc de leur personnalité propre.

Sur les autres convictions, les médecins sont unanimes sur l'importance de la neutralité à garder au cabinet.



---

Lorsque nous comparons avec les réponses des patients, nous remarquons que les patients attachent beaucoup d'importance à la neutralité également.

Ils ont décrit de manière plus exhaustive les compétences qu'ils attendent de leur médecin.

Les médecins sont surtout restés sur le versant « professionnalisme ».

Cela montre que les patients sont attachés à leur médecin généraliste et aux différentes compétences propres à la médecine générale. Tandis que les médecins cherchent peut-être à être considérés comme des professionnels de santé avant tout.

Pour terminer, je dirais qu'il ne faut pas avoir peur de l'exposition de la vie privée du médecin au sein de la consultation. Utilisée de manière ponctuelle, en restant centré sur l'écoute du patient, elle est un formidable outil de communication et permet une meilleure prise en charge des patients.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

- (1) Halpérin. Diffamation, vie publique et vie privée en France de 1789 à 1944. Droits et cultures, 65 ; 2013 : 145-63
- (2) Warren and Brandeis. The Right to Privacy, 4 Harv.L.Rev. 193 (1890)
- (3) Rigaux, Ann.Dr.Louv., 1984 p.1
- (4) CEDH, Christine Goodwin Royaume-Uni, 11 juillet 2003
- (5) Zeter C. Burnout, conditions de travail et reconversion professionnelle chez les médecins généralistes de la région Poitou-Charentes. Thèse pour le doctorat en médecine dirigée par F.Birault ; Université de Poitiers, 2004. <http://www.sudoc.abes.fr/DB=2.1/SRCH?IKT=12&TRM=078148855>
- (6) Breuil-Genier et Sicart. La situation professionnelle des conjoints de médecins. Etudes et Résultats, 2005, Vol.430, p. 1-8.
- (7) Bouaffartigue et Bocchino. Travailler sans compter son temps ? Les cadres et le temps de travail. Travail et emploi, 1998. Vol. 74, p51-64.
- (8) Le Feuvre et Lapeyre. L'analyse de l'articulation des temps de vie au sein de la profession médicale en France : révélateur ou miroir grossissant des spécificités sexuées ? Enfances, Familles, Générations, n°18, 2013, p. 72-93
- (9) Bouaffartigue et Bouteiller. Jongleuses en blouse blanche : la construction sociale des compétences temporelles chez les infirmières hospitalières. Temporalités : Revue de sciences sociales et humaines. 2006. Vol.4, p.25-41.
- (10) Micheau et Molière. L'emploi du temps des médecins libéraux. Diversité objective et écarts de perception des temps de travail. Dossiers solidarité et santé. 2010. Vol.15, p. 1-15.
- (11) Moubarak G, Facebook activity of residents and fellows and its impact on the doctor-patient relationship, J Med Ethics. 2011 Feb;37(2):101-4.
- (12) Isabelle Aubin-Auger, Introduction à la recherche qualitative, Exercer : 2008;84:142-5.

- 
- (13) Recherche qualitative Séminaire de thèse 2011, Congrès de Nice.  
[http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/Recherche\\_qualitative\\_PT\\_Seminaire\\_de\\_these\\_2011.pdf](http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/Recherche_qualitative_PT_Seminaire_de_these_2011.pdf)
- (14) ROCARE : Extraits de guides pour la Recherche Qualitative.  
<http://www.ernwaca.org/panaf/RQ/fr/definition.php>
- (15) Jean-Claude ANDREANI : Méthodes d'analyse et d'interprétation des études qualitatives : état de l'art en marketing.  
[http://www.escp-eap.net/conferences/marketing/2005\\_cp/Materiali/Paper/Fr/ANDREANI\\_CONCHON.pdf](http://www.escp-eap.net/conferences/marketing/2005_cp/Materiali/Paper/Fr/ANDREANI_CONCHON.pdf)
- (16) Edwards, A.L. (1957). Social desirability variable in personality assessment and research. New York : Holt, Rinehart & Winston.
- (17) Guide pour les revues numériques :  
<http://revues.enssib.fr/titre/5usages/4qualitatives/1interets.htm>
- (18) Daniel R. Wolpaw, M.D., and Dan Shapiro, Ph.D, The Virtues of Irrelevance, N Engl J Med 2014 ; 370 :1283-1285
- (19) Jauhar S. House calls. N Engl J Med 2004 ; 351 :2149-51
- (20) I. Shai et al. 2012. The effects of personal lifestyle intervention among health care providers on their patients and clinics ; the Promoting Health by Self Experience (PHASE) randomized controlled intervention trial. Prev. Med. 55, 285-291.
- (21) Frank et al. 2007. Predictors of US medical students prevention counseling practices. Prev. Med. 44, 76-81.
- (22) Céline Buffel du Vaure. Déterminants de l'empathie clinique des médecins généralistes et de leur pratique, thèse pour le doctorat en médecine dirigée par A. Catu-Pinault, Université Paris Descartes, 2012.  
<http://www.balint-smb-france.org/medias/files/10manuscript-these-celine-buffel-du-vaure.pdf>
- (23) Audrey Joubert. Etude qualitative des déterminants de l'empathie chez les internes en médecine générale. Human health and pathology. Thèse pour le doctorat en médecine, dirigée par C.Buffel du Vaure, Université Paris Descartes, 2014.  
<http://hal-descartes.archives-ouvertes.fr/dumas-01132135/document>
- (24) Code de Déontologie médicale. Article 7  
<http://legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=A892CE69B04CCC9A5997DD68A>
-

- (25) Code de la Santé Publique, article R.4127-7  
[http://legifrance.gouv.fr/affichCode.do?jsessionid=9EFDFD8C30525C797A3BB97A87A77DA3.tpdila12v\\_2?idSectionTA=LEGISCTA000006196408&cidTexte=LEGITEX000006072665&dateTexte=20150520](http://legifrance.gouv.fr/affichCode.do?jsessionid=9EFDFD8C30525C797A3BB97A87A77DA3.tpdila12v_2?idSectionTA=LEGISCTA000006196408&cidTexte=LEGITEX000006072665&dateTexte=20150520)
- (26) Avis sur la laïcité. Journal Officiel de la République Française n° 0235 du 9 octobre 2013, texte n° 41.  
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000028048756>
- (27) P.K. Donohue et al. The Impact of Neonatologists' Religiosity and Spirituality on Health Care Delivery for High-Risk Neonates. J Palliat Med. 2010 Oct ; 13(10) : 1219-24.
- (28) Union Régionale des Médecins Libéraux Rhône-Alpes, Janvier 2005. Trois études sur la féminisation de la profession médicale.  
[http://www.urps-med-ra.fr/upload/urmlra/urm\\_etude/pj/ETUDES\\_FEMINISATION.pdf](http://www.urps-med-ra.fr/upload/urmlra/urm_etude/pj/ETUDES_FEMINISATION.pdf)
- (29) Bénédicte Loiselet-Doulcet. La féminisation de la médecine générale, étude du devenir de 6 promotions de PCEM2 de la faculté de Brest de 1990 à 1995. Thèse pour le doctorat en médecine, dirigée par C. Bourillet-Lambert, Université de Bretagne Occidentale, 2008.  
[http://www.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/These\\_Benedicte\\_Loiselet-Doulcet.pdf](http://www.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/These_Benedicte_Loiselet-Doulcet.pdf)
- (30) Lenormand-Desasy. L'impact de la féminisation de la médecine générale dans la relation médecin-malade approche qualitative. Thèse pour le doctorat en médecine, dirigée par G. Bourrel, Université de Montpellier I, 2006.  
<http://www.sudoc.abes.fr/DB=2.1/SRCH?IKT=12&TRM=108003841>
- (31) Beaulieu et al. What does it mean to be a family physician ? Exploratory study with family medicine residents from 3 countries. Can Fam Physician 2009 ; 55 :e14-20
- (32) Attali et Bail. Marguerite des compétences en médecine générale.  
[http://www.cnge.fr/media/docs/cnge\\_site/cnge/Marguerite\\_version\\_definitive.pdf](http://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/Marguerite_version_definitive.pdf)
- (33) Dubet. Injustices. L'expérience des inégalités au travail. Paris, 2006. Seuil.
- (34) Attal-Toubert et Legendre. Comparaison des revenus des médecins libéraux à ceux des autres professions libérales et des cadres. Etudes et résultats. 2007 Vol. 578, p1-8.

---

## RESUME

---

**Objectifs** : Les questions des patients sur la vie privée du médecin pendant la consultation peuvent décontenancer le médecin, celui-ci n'ayant pas l'habitude que l'intérêt se porte sur lui. Le médecin parle-t-il de sa vie privée ? Si oui, de quelle manière et quel en est l'impact ?

**Matériel et méthode** : Cette étude qualitative a été menée, après élaboration d'un questionnaire ouvert, par entretiens semi dirigés, auprès de médecins généralistes installés ou remplaçants, en milieu urbain. Les entretiens ont été retranscrits mot à mot et analysés par codage de verbatim en double aveugle, en utilisant la méthode de théorisation ancrée. Le travail comporte deux parties : médecin et patient.

**Résultats** : 18 médecins ont été interrogés entre novembre 2014 et janvier 2015. Nous avons retrouvé que la vie privée du médecin intervenait dans la consultation par l'échange de banalités et d'expériences anodines. La vie privée du médecin intervient de trois manières : elle a une importance pour l'échange social avec le patient, elle apporte une expérience « pratique » au médecin et, elle est une façon de montrer de l'empathie envers le patient en humanisant le médecin. Dans tous les cas, l'utilisation de la vie privée a un but professionnel. Nous avons également montré que la place de la vie privée du médecin au sein de la consultation évoluait dans le temps et qu'elle était différente selon le sexe du médecin.

**Conclusion** : L'utilisation modérée de la vie privée du médecin au sein de la consultation peut être un outil de communication pour une meilleure prise en charge des patients.

**Mots – clés** : vie privée – médecin généraliste – consultation – relation médecin patient