



HAL
open science

Évolution de la relation médecin patient lors d'un suivi au long cours : points de vue de médecins généralistes installés depuis plus de 30 ans dans les Alpes-Maritimes recueillis lors d'entretiens individuels

Johann Tétart

► To cite this version:

Johann Tétart. Évolution de la relation médecin patient lors d'un suivi au long cours : points de vue de médecins généralistes installés depuis plus de 30 ans dans les Alpes-Maritimes recueillis lors d'entretiens individuels. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01219825

HAL Id: dumas-01219825

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01219825v1>

Submitted on 23 Oct 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.

EVOLUTION DE LA RELATION MEDECIN-PATIENT LORS D'UN SUIVI
AU LONG COURS : POINTS DE VUE DE MEDECINS GENERALISTES
INSTALLÉS DEPUIS PLUS DE 30 ANS DANS LES ALPES-MARITIMES
RECUEILLIS LORS D'ENTRETIENS INDIVIDUELS



UNIVERSITE DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTE DE MEDECINE

**EVOLUTION DE LA RELATION MEDECIN-PATIENT LORS D'UN SUIVI AU
LONG COURS : POINTS DE VUE DE MEDECINS GENERALISTES INSTALLES
DEPUIS PLUS DE 30 ANS DANS LES ALPES-MARITIMES RECUEILLIS LORS
D'ENTRETIENS INDIVIDUELS**

THESE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de médecine de Nice
Le 23 Septembre 2014

Par

M.Johann Tétart

Né le 28 Décembre 1980 à Nice (Alpes-Maritimes)
Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (diplôme d'état)

Membres du Jury :

Monsieur le Professeur Jean-Gabriel FUZIBET
Monsieur le Professeur Guy DARCOURT
Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER
Monsieur le Professeur François BERTRAND
Monsieur le Professeur Jean-Pierre ZIROTTI
Monsieur le Docteur Jean-Luc BALDIN

Président du jury
Assesseur
Assesseur
Assesseur
Membre supplémentaire
Directeur de thèse

UNIVERSITÉ DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au **1er novembre 2013** à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	M. BAQUÉ Patrick
Assesseurs	M. BOILEAU Pascal M. HÉBUTERNE Xavier M. LEVRAUT Jacques
Conservateur de la bibliothèque	M. SCALABRE Grégory
Chef des services administratifs	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel
 Professeurs Honoraires	
M. BALAS Daniel	M. LALANNE Claude-Michel
M. BLAIVE Bruno	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BOQUET Patrice	M. LAPALUS Philippe
M. BOURGEON André	M. LAZDUNSKIMichel
M. BOUTTÉ Patrick	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LE BAS Pierre
Mme BUSSIERE Françoise	M. LE FICHOUX Yves
M. CHATEL Marcel	M. LOUBIERE Robert
M. COUSSEMENT Alain	M. MARIANI Roger
M. DAR COURT Guy	M. MASSEYEFF René
M. DELMONT Jean	M. MATTEI Mathieu
M. DEMARD François	M. MOUIEL Jean
M. DOLISI Claude	Mme MYQUEL Martine
M. FREYCHET Pierre	M. OLLIER Amédée
M. GÉRARD Jean-Pierre	M. ORTONNE Jean-Paul
M. GILLET Jean-Yves	M. SCHNEIDER Maurice
M. GRELLIER Patrick	M. TOUBOL Jacques
M. HAR TER Michel	M. TRAN Dinh Khiem
M. INGLES AKIS Jean-André	M. ZIEGLER Gérard
 M.C.A. Honoraire	
Mlle ALLINE Madeleine	

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
 M. BASTERIS Bernard
 Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
 M. EMILIOZZI Roméo
 M. GASTAUD Marcel
 M.GIRARD-PIPAU Fernand
 M. GIUDICELLI Jean
 M. MAGNÉ Jacques
 Mme MEMRAN Nadine
 M. MENGUAL Raymond
 M. POIRÉE Jean-Claude
 Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M. BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.CAMOUS Jean-Pierre	Thérapeutique (48.04)
M. DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M. DELLAMONICA Pierre	Maladies Infectieuses; Maladies Tropicales (45.03)
M.DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
MmeEULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M. FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M. FRANCO Alain	Gériatrie et Biologie du vieillissement (53.01)
M.GASTAUD Pierre	Ophthalmologie (55.02)
M.GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M. GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
MmeLEBRETON Élisabeth	Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique (50.04)
M. MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M. QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M. VAN OBBERGHEN Emmanuel	Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

M. BATT Michel	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M. BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M.DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M. ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
MmeICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)

M.MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M. PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
MmePAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
MmeRAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
MmeASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M.BAQUÉ Patrick	Anatomie -Chirurgie Générale (42.01)
M.BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
MmeBLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie –Génétique (47.02)
M.BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
MlleBREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M. CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M.CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.DUMONTIER Christian	Chirurgie plastique
M.FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M.FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques(54.04)
MlleGIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses; Maladies Tropicales (45.03)
M.ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
M.SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. SAUTRON Jean-Baptiste	Médecine Générale
--------------------------	-------------------

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS -PRATICIENS HOSPITALIERS

MmeALUNNI-PERRET Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
MmeBERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
MmeBUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. DELOTTE Jérôme	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
MmeDONZEAU Michèle	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.FRANKEN Philippe	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
MlleLANDRAUD Luce	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
MmeMAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
MllePULCINI Céline	Maladies Infectieuses; Maladies Tropicales (45.03)
M.ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. DIOMANDE Mohenou Isidore	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
M.MAKRIS Démosthènes	Pneumologie
M. PITTET Jean-François	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
MmePOURRAT Isabelle	Médecine Générale

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

MmeCHATTI Kaouthar	Biophysique et Médecine Nucléaire
M. GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme MONNIER Brigitte	Médecine Générale
M. PAPA Michel	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.BERTRAND François	Médecine Interne
M.BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.CHEVALLIER Daniel	Urologie
MmeFOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.QUARANTA Jean-François	Santé Publique

REMERCIEMENTS

Je remercie le professeur Jean-Gabriel Fuzibet de me faire l'honneur de présider le jury. Je vous suis très reconnaissant de votre participation constructive et de vos encouragements.

Je remercie le professeur Guy Darcourdu plaisir vif qu'il me fait en siégeant à mon jury de thèse, de son aide précieuse pour ce travail, et de ses enseignements qui enrichissent ma vie professionnelle et personnelle.

Je remercie le professeur Philippe Hofliger de sa participation au jury, de l'intérêt qu'il a porté à cette étude, et de ses conseils avisés dès la présentation du travail en cellule thèse.

Je remercie le professeur François Bertrand d'avoir bien voulu être membre du jury, pour sa disponibilité, son enthousiasme à explorer les questions humaines et ses suggestions pertinentes aux prémices de ce projet.

Je remercie le professeur Jean-Pierre Zirotti d'avoir accepté notre invitation à siéger dans le jury de cette thèse de médecine, et pour son importante implication dans ce travail qu'il a éclairé de son regard de sociologue.

Enfin, je remercie le Docteur Jean-Luc Baldin dont la rencontre aura été la meilleure nouvelle de cette thèse, et l'amitié son trésor révélé. Merci de m'avoir donné l'opportunité de travailler sur un sujet qui m'a passionné, merci d'avoir toujours été là, avec ce qu'il faut de recommandations et les meilleurs encouragements possibles. C'est une très grande chance d'avoir réalisé cette thèse avec toi. Et merci de m'avoir accueilli les bras ouverts, comme si nous nous étions reconnus.

Remerciements personnels :

À mon père, Jean-Pierre, pour le bonheur de l'avoir vu accompli dans sa mission tout au long de ses années de pratique de la médecine générale.

Lorsque je te remplace à ton cabinet, et que je mets la main sur la médaille d'argent qui commémore ta thèse, c'est au jeune homme que tu étais alors que je me plais à penser en souriant sereinement.

À ma mère, Jeanne, pour la constance de sa tendresse, et à ma belle-mère Sylvia qui s'est associée à la correction de la retranscription des entretiens.

À Anne, qui n'est pas que ma relectrice, avec tout mon amour.

À ma sœur Sarah pour m'inspirer la volonté de se dépasser, à ma sœur Macha pour son soutien de tous les instants, à mes grands-mères, Renée et Andrée, ainsi qu'en souvenir de mes grands-pères, Jean et Raymond.

À Marine Burger, qui m'a indiqué à plusieurs reprises la voie d'un exercice de la Médecine Générale avec des majuscules, raisonné, conscient, dans le plaisir et la responsabilité de la tâche accomplie et qui continue d'être un exemple, en plus de me faire le plaisir de ses témoignages d'amitié.

À Elodie Biglia, pour sa disponibilité après le succès de sa thèse.

À Bernadette Baldin, pour avoir eu la bonne idée de me présenter son époux, et sans qui rien n'aurait été possible.

À Jacques Sedat, pour ses bons soins et son humanité.

À David Darmon, pour ses conseils avisés dès le début de ce travail, en le remerciant de ses marques d'amitié.

À mon Mérik, qui m'a fait très tôt réfléchir à la part de manipulation assumée dans les relations proches et qui a participé à mon éveil à la conscience de soi par l'attention et l'empathie de son écoute flottante bienveillante.

Ainsi qu'à Naobé, sa fille, dont un regard vous recharge en énergie positive pour au moins un an.

À Esmeralda, pour avoir patienté le temps de la rédaction de cette thèse.

À Julien Lasotaaka Kiki, pour sa prise en charge amicale et ostéopathique des torticolis à répétition pour les heures passées devant l'ordinateur.

À Ferial Boukari, l'amie de tous les superlatifs, parce qu'elle sait m'écouter et parce qu'elle est géniale.

À Maju et Jérôme pour me laisser raconter l'histoire du soir à mon petit filleul.

À Lucie et Cyril, chez qui j'ai lancé des boomerangs et vu des étoiles filantes.

À Lucie et JR, en particulier pour les instants magiques autour du Mont Bégo.

À Tiphaine de Rocquigny, pour la bande-son de cette thèse avec Alt-J.

À Alice Rousselot, pour la pertinence de ses propositions de reformulation.

À Marie et Benjamin, pour leur soutien affectif inestimable depuis Nantes.

À Agnès et Erwan, qui ont donné une petite sœur à Armel à une date précise.

À Adrien, car le scepticisme est une vertu, et pas seulement en tant que patient.

À mes autres cousins, ainsi qu'à mes oncles et tantes.

À Lylou, ses parents et ses grands-parents

À Jérémy Tordo dit Jae, eh oui, à qui j'écris ici « indéfectible » en noir sur blanc.

À Anton Milbert, pour la constance de son amitié précieuse.

À Maxime Gauthier, pour la force et la fidélité de notre lien malgré la distance.

À Tristan Schwab, qui m'a fait découvrir récemment où boire du Diplomatico.

À Clément Mani, pour les demis au Red Lion.

À Raphael Curti, pour les demis au Red Lion à venir.

À Cyril Cachat, pour le souvenir vif de notre séjour MyBrightestDiamond.

À Colette et Rabie, dont les nombreux livres donnés ont commencé à servir.

À John Ehrhardt, pour son indépendance d'esprit et son ouverture à l'autre.

À Bruno Giordana pour son intérêt et son amitié.

Au regretté Jean-Claude Joffroy, qui était d'une authenticité rare.

À Helene Karkoutly et Emilie Tracucci, qui m'ont invité à leur thèse.

À mon neveu Benjamin et à mon beau-frère Thomas, pour ces bons moments.

À Patrick, François et Christophe ainsi qu'à leurs familles, ma belle-famille.

À Laura, Joris et leur petit Léon, pour les sourires échangés.

À Jérémy, Marta et bébé Pau qui est né presque en même temps que ma thèse.

À Basile, Céline et Spidermanaka Clarence, à Marco et Estelle qu'on attend pour le marché de Noël, à Freddo et Agnès qui ont dû se marier pour nous faire connaître Toulouse, à Jeff, Jenny et petit Julot et à Franky, Elena et petit Léon.

À Damien Manière, et à nos amis du temps de l'INT : Cédric, Etienne, Jacques, Benjamin, Arnaud, Nicolas, Carine, Jérôme, Pierre et Yasmine.

À Tomi, Jaime, Lola, Anel, Kike, David et toutes les rencontres mexicaines, ainsi qu'à Yuri et l'équipe équatorienne de la FMLGT et d'Initiatives pour le Développement Economique en Amérique Latine.

À mes co-externes niçois et en particulier Irina Radoman, Nathalie Dugand, Marine Lochouarn, Laura Berlingo, Mathilde Severac, Jean-Luc Rainier, Sarah Mezrai, Michael Chetboun, Giulia Galibert, Delphine Ouvrier, Laure-Elise Calderon, Juliette Sicot, Carole Babled, Sabrina Khiari, Ali Osman, Margot Koslowski, Perrine Faraut, Mathieu Carron, Vanessa Grillot.

À mes co-internes de cet internat épanouissant, et en particulier à la fine équipe de mon stage au SAU de St Roch.

À tous les praticiens qui m'ont permis de me former à leur contact avec un salut personnel à Anne-Marie Baresic, Lucie Mazière, Nicolas Hogu, Henry Chan, Antoine Tran, Jean-Yves Kurzenne, au Pr Fournier, au Pr Levraut, au Pr Boutté, au Pr Haas et au Pr Baqué.

À Alice, Stéphanie, Jules, Guillaume et les autres tout bientôt jeunes internes...

Je remercie particulièrement tous les médecins qui ont participé à l'étude, pour leur enthousiasme et pour m'avoir livré, au-delà du fond de leurs pensées, le fond de leurs cœurs.

« Le lien avec autrui ne se noue que comme responsabilité, que celle-ci, d'ailleurs, soit acceptée ou refusée, que l'on sache ou non comment l'assumer, que l'on puisse ou non faire quelque chose de concret pour autrui. Dire : me voici. [...] Donner. Être esprit humain, c'est cela. »

Emmanuel Levinas, *Ethique et Infini* (Fayard, 1982)

Retranscription des dialogues avec Philippe Nemo
enregistrés par France Culture en Février-Mars 1981.

Introduction

Avec la diffusion des travaux de Balint^[5], la place cruciale de la relation médecin-malade dans les préoccupations quotidiennes des omnipraticiens est mise en lumière et un nouveau champ de recherche apparaît.

Dès lors, la relation médecin-malade a été un sujet d'étude important, en ce qu'elle conditionne la satisfaction du patient mais aussi l'efficacité thérapeutique.

Initialement mise en avant dans les domaines particuliers que sont les troubles fonctionnels et le « remède médecin », le rôle de la relation semble aujourd'hui être reconnu dans un domaine d'application plus large. On a pu ainsi démontrer son influence sur des critères de jugement mesurables : une intervention globale tenant compte des enjeux cognitifs et émotionnels^[17] agit non seulement sur l'anxiété et sur les symptômes eux-mêmes ou la façon dont ils sont ressentis, mais aussi sur des facteurs de risques cardiovasculaires objectivables^[47].

Cependant la question de l'influence d'un suivi au long cours sur la relation médecin-patient a peu été étudiée.

Les travaux principaux ont porté sur une question parallèle, à savoir l'évolution de cette relation sociale particulière qu'est la relation médecin-patient à travers les époques^[13]. Ces travaux révèlent que la relation médecin-patient n'est pas tant le lieu d'imposition verticale d'une autorité, mais confronte deux types de savoirs, savoir professionnel et savoir profane, notamment dans l'expérience de la maladie chronique. Il s'établit en fait un travail de négociation qu'il s'agira ici de mieux appréhender.

D'autres travaux récents ont mis en évidence des disparités importantes dans le contenu de la prise en charge selon l'idée que se fait le médecin de son patient^[36]. L'étude de ces catégorisations que se construit le praticien, et dont dépendrait la qualité du soin lui-même, permettrait donc de mieux comprendre certaines inégalités de soins. Les paramètres socioprofessionnels et ce que le médecin imagine des capacités de compréhension du patient sont des critères qui ont déjà été identifiés^[41]. Nous introduisons ici une dimension dynamique en nous demandant comment le suivi au long cours influence la représentation que se fait le praticien de son patient, et quelles sont les conséquences sur la relation médecin-patient.

Enfin, du point de vue du médecin, en quoi le suivi au long cours modifie-t-il la relation avec un patient?

Cette question est particulièrement pertinente pour le médecin généraliste. D'une part, il est confronté aux problématiques du « remède médecin » et autres

enjeux de la relation médecin-patient en soins de premier recours. D'autre part, ses contacts avec les patients s'inscrivent couramment dans le cadre d'un suivi sur plusieurs années.

Pour recueillir les points de vue des médecins généralistes, nous nous sommes fait recevoir dans leur cabinet, lieu habituel de leur exercice professionnel, pour un entretien individuel. Des extraits de ces entretiens présentés par thème ainsi qu'une analyse personnelle formeront le cœur de ce travail.

Nous espérons ainsi capitaliser une partie des acquis de 30 ans d'exercice des praticiens participant à l'étude, et produire une synthèse riche de la diversité des rapports multidimensionnels des médecins généralistes à leur profession et à leurs patients.

La relation médecin-malade

1. La perspective sociologique

1.1 Les écoles de pensée

La médecine ne saurait ignorer les apports d'un regard sociologique sur sa pratique. Et pas seulement pour prendre connaissance des nombreuses enquêtes de terrain qui placent la relation médecin-patient comme principal critère de satisfaction pour les usagers des services de Santé^[1].

Au niveau théorique, plusieurs écoles de sociologie se sont successivement intéressées à la relation médecin-patient. Elles tentent de modéliser en quoi les structures sociales orientent cette relation et en détermine les modalités.

1.1.a **Après-guerre : le fonctionnalisme**

À partir de la fin de la Seconde Guerre mondiale, c'est TalcottParsons^[51] qui élabore le modèle de cette relation particulière entre le médecin et son patient, relation qu'il qualifie simultanément d'asymétrique et de consensuelle. Dans ce modèle, le malade doit considérer la maladie comme indésirable ; il a ainsi l'obligation de rechercher une aide compétente et de coopérer. De son côté, le rôle du médecin est défini comme limité à sa fonction technique, avec une neutralité affective totale, et sans mobile de profit. C'est dans ces conditions que Parsons obtient un modèle théorique fonctionnaliste qui a le mérite de définir la place de la maladie d'un point de vue sociétal, et de reconnaître à la médecine une valeur de régulation sociale.

Les limites de ce modèle sont rapidement mises en lumière, en particulier parce qu'il ne décrit qu'un seul type de relation médecin-patient, caractéristique des maladies aiguës. Or, très tôt, les observateurs se sont avisés du rôle de la durée de la prise en charge, qui influence la relation entre le médecin et son patient. Ainsi Szaz et Hollander^[60] révolutionnent le modèle statique résumé sous la forme « activité-passivité » et proposent une « participation mutuelle » dans les cas où la relation s'installe dans le long cours, notamment pour raison de maladie chronique. Ils postulent dans la foulée l'existence d'un mode de fonctionnement intermédiaire où le patient est capable de suivre en partie les conseils du praticien et d'exercer une part de jugement : c'est la « coopération guidée ». Il est à noter que, dès 1956, ces questions de partage des responsabilités, de l'autorité et du savoir étaient posées avec discernement.

1.1.b L'école interactionniste

Le mouvement systématique de contestation des institutions hérité de la fin des années soixante ne va pas épargner la médecine. On retrouve l'analyse de la relation médecin-malade sous l'angle du « conflit des perspectives » dans les travaux d'Eliot Freidson^[23], qui affirme que l'intérêt personnel du médecin peut s'opposer à l'altruisme véhiculé par sa rhétorique professionnelle. On lui reconnaît surtout d'avoir fait émerger le concept de culture « profane ». Face au savoir professionnel du médecin, il n'y a pas l'absence de savoir du patient, mais un autre savoir, fait des exigences de sa vie quotidienne, de son ressenti par rapport à sa maladie et en accord avec sa culture. Il n'y a donc pas consensus a priori entre le médecin et son patient, ce qui génère des tensions dans la relation.

Freidson identifie par contre tout de suite que le médecin de ville, et le généraliste en particulier, se trouve nécessairement moins éloigné de la culture profane que le médecin hospitalier, sujet au rétrocontrôle de ses confrères. Il qualifie de « dépendant des clients » le médecin généraliste, en ce qu'il revient directement à la clientèle locale de choisir ou non de s'adresser à lui.

Un dernier point soulevé par Freidson est la nécessité de limiter l'autonomie de l'expert dans des domaines où sa pratique n'est pas la seule requise. En particulier pour Freidson, le fait de disposer d'une compétence technico-scientifique ne permet pas de statuer sur des problèmes moraux qui concernent les seuls malades. Notons que malheureusement ces dernières réflexions, qui peuvent avoir valeur de mise en garde et qui sont parfois reprises à bon escient par les associations de malades^[13], ont aussi été détournées dans certains livres à succès, comme *Némésis Médicale* de Ivan Illitch paru au Seuil en 1975, qui ne présentent pas la finesse de la pensée initiale.

1.1.c La révolution de la négociation

La négociation au sens large ne porte pas seulement sur certains avantages que les patients pourraient vouloir obtenir auprès de leurs médecins mais sur l'ensemble des éléments de la consultation. En ce sens la communication d'informations médicales peut être modélisée comme étant le résultat d'une négociation.

Anselm Strauss^[59] amène un nouveau souffle à la théorie interactionniste avec la notion d'« ordre négocié ». Il précise la définition d'une telle négociation : c'est un mode de régulation des relations sociales permettant d'obtenir un accord dont l'objectif n'est pas prédéterminé mais se constitue dans la négociation elle-même. L'intérêt principal de ce concept est de pouvoir envisager la consultation comme « ouverte », chaque partenaire pouvant influencer son déroulement et ses résultats. Et il ajoute un point capital : l'importance de la dimension temporelle. En effet, cet accord obtenu, pour nous entre le médecin et son patient, n'est jamais définitif. Il peut toujours être remis en question ultérieurement et redéfini.

Claudine Herzlich rapporte ainsi une étude anglaise qui analyse les échanges linguistiques lors de plusieurs consultations avec des parents d'enfants épileptiques^[61] « Lors de la première consultation, le médecin a pleinement l'initiative, il contrôle la situation et les parents sont passifs. A partir de la troisième rencontre, en revanche, les parents prennent un rôle actif et orientent eux aussi, dans une large mesure, les échanges. »^[1] Plus que jamais, nous sommes convaincu que

comprendre les processus de négociation en jeu dans la relation médecin-patient, c'est s'intéresser à son évolution lors d'un suivi au long cours.

1.2 Comprendre des changements rapides

Il y a moins d'un siècle, les médecins n'avaient pas à leur disposition d'antibiotiques ni de cortisone, la tuberculose tuait et effrayait même les soignants, la santé n'était pas encore devenue un objet de consommation. La sociologie reste fascinée par ces transformations rapides et cherche à jeter un regard rétrospectif pour mieux saisir les enjeux des mutations en cours. Nous avons retenu en particulier une publication qui nous informe sur l'évolution des patients à travers le regard des médecins généralistes, un thème proche de notre sujet d'étude.

Cette vaste étude publiée en 1993 par un collectif de chercheurs du CNRS est intitulée « Cinquante ans d'exercice de la médecine en France »^[27]. Elle s'intéresse à l'évolution des pratiques des médecins français entre 1930 et 1980 à partir de 5000 questionnaires recueillis auprès de médecins retraités. Nous nous sommes tout particulièrement intéressés aux réponses à la question qui proposait aux médecins de caractériser leurs patients : coopératifs et fidèles, et ce sans changement majeur avec le temps, dociles aussi, mais un peu moins sur la fin. Par contre à la fin de leur exercice par rapport au début, les médecins ont considéré les patients comme beaucoup plus informés mais aussi beaucoup plus exigeants.

Les auteurs identifient tout de suite deux facteurs entremêlés : « l'évolution de l'ensemble du système de santé » et « la capacité du médecin de gérer ses relations avec son patient susceptible d'évoluer au cours de sa vie professionnelle, en fonction de son expérience ou, au contraire, de sa lassitude. » Ce sont certains des facteurs que nous allons être amenés à mettre au jour dans notre étude.

2. Les médecins et la relation médecin-patient

Si le regard d'observateurs extérieurs à la relation médecin-patient permet d'en appréhender les enjeux et les tensions apparentes, les médecins eux-mêmes ont aussi tenté de développer des concepts basés sur leur expérience pratique ou de s'approprier certaines techniques de communication.

2.1 Le médecin, son malade et la Maladie

C'est en 1957 que Michel Balint publie à Londres son œuvre majeure : *Le Médecin, son Malade et la Maladie*^[5]. Il appuie ses conclusions théoriques sur un travail effectué par un groupe de quatorze médecins généralistes, selon un programme qu'il a lui-même mis au point, destiné à permettre aux généralistes de présenter des cas ayant posé problème et de recevoir de la part du groupe des éléments de réponse pouvant les aider à pousser leur réflexion et parfois les guider dans leur pratique. Il a lui-même animé ce groupe, comme il le fera pour d'autres pendant de nombreuses années après cette expérience fructueuse ici rapportée. D'autres psychiatres ont eux aussi proposé d'animer des groupes sur ce modèle, offrant ainsi une opportunité de réinvestir leur propre pratique à de nombreux médecins généralistes dans le monde entier.^[35]

En lui-même, cet ouvrage est une référence sur le thème de la relation médecin-patient, en ce qu'il se fait l'écho de problématiques concrètes, rapportées directement par les praticiens, et commentées par d'autres généralistes, experts en relation grâce à leur exercice quotidien. Pas d'interférence par les tentatives de théorisations abusives donc, les concepts surgissant d'eux-mêmes dans les récits des médecins participants.

Nous avons relevé les citations qui correspondent plus spécifiquement à notre thématique. Intéressons-nous ainsi à ces successions d'événements qui changent le rapport du patient à son médecin lors du suivi au long cours : « Il y a les souvenirs communs tels qu'un diagnostic exact, une intervention opportune ayant évité un danger grave, de nombreux petits actes d'aide spontanément donnés et acceptés avec gratitude dans bien des petits ennuis, certains chocs graves que le médecin aida à supporter, et ainsi de suite. [...] Le patient apprend l'étendue et la nature de l'aide qu'il peut attendre de son médecin» Dans le même temps de son côté le médecin affine sa connaissance du patient, ce que Balint résume par cette formule : « au cours de longues années de fréquentation de son patient, l'omnipraticien accumule progressivement un vaste ensemble de détails importants ». Voilà esquissé ce qui jamais auparavant n'avait été envisagé sur le plan théorique : l'importance d'une relation interpersonnelle forte et soutenue dans le temps, pour la pratique médicale. « C'est un domaine très important que la science médicale a négligé [jusque-là]. Une des raisons de cette négligence tient au fait que les chercheurs – nos spécialistes qui travaillent dans les hôpitaux – n'entrent guère en contact avec ce problème. C'est le domaine de l'omnipraticien, en fait son travail quotidien. [...] L'omnipraticien, [qu'il le veuille ou non], doit suivre ses cas ; la majorité de ses patients - qu'ils soient reconnaissants ou mécontents – reviennent le voir encore et toujours»^[5]

La médecine générale est en effet une spécialité où les suivis au long cours sont fréquents dans l'organisation de soin actuelle. Balint identifie très tôt une responsabilité associée à ces contacts répétés : responsabilité de mieux comprendre la relation médecin-patient, et en particulier la façon dont elle peut évoluer avec le temps.

2.2 Médecine générale – médecine de famille

Suivant les enseignements de Balint, certains acteurs de la médecine générale ont placé la relation médecin-patient au cœur de leur pratique. Cela apparaît dans la définition même de la médecine générale par la Wonca Europe (Société Européenne de médecine générale - médecine de famille) établie en 2002 :

« [La médecine générale] utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée.

Chaque contact entre le patient et le médecin généraliste - médecin de famille contribue à l'histoire qui évolue, et chaque consultation individuelle peut s'appuyer sur cette expérience partagée. La valeur de cette relation personnelle est déterminée par les capacités de communication du médecin généraliste - médecin de famille et est en elle-même thérapeutique. »

La relation médecin-malade est ici pleinement reconnue, non comme une nécessité à laquelle on ne peut déroger, mais conceptualisée comme une expérience en soi avec les attributs de réciprocité et de construction dans le temps.

2.3 Modèles retenus pour la formation médicale

Plusieurs avancées dans la recherche sur les relations entre les médecins et leurs patients ont fait date, et sont largement reconnues et utilisées dans les formations pour les étudiants ou pour les médecins.

Dès 1992, le *Jama* publie le modèle développé par les docteurs Ezekiel Emanuel et Linda Emanuel^[20] pour caractériser la relation médecin-malade : informatif, interprétatif, délibératif, paternaliste. On reconnaît au patient des valeurs et une part d'autonomie qu'il est prêt à assumer, différente pour chacun de ces 4 modèles. Le médecin quant à lui peut endosser les rôles aussi différents que tuteur, expert technique, conseiller ou enseignant.

Christophe André^[42], médecin psychiatre et auteur prolifique, élabore quant à lui une théorie de la communication adaptée à la personnalité du patient. Reprenant les catégorisations des troubles de la personnalité en psychiatrie, il liste des traits marquants puis décrit les avantages et inconvénients pour la relation médecin-malade, ainsi que des recommandations pour le praticien dans chaque situation.

Une autre technique de communication dont s'inspirent souvent médecins et formateurs est l'entretien motivationnel, formalisé par les psychologues Miller et Rollnick^[46] dès 1991, initialement dans le contexte des comportements addictifs.

Cette technique est en fait adaptée à toute situation où les patients sont en difficulté pour reconnaître la gravité d'un problème. En explorant les valeurs propres et les perceptions du sujet, on augmente sa motivation au changement.

On remarquera un renversement des valeurs, qui avait été noté par d'autres auteurs au sujet de la décision médicale^[48], et qui touche ici la communication elle-même : ce n'est plus le médecin qui donne des directives, mais il aide le patient à trouver des motivations au changement qui lui sont personnelles.

3. Droits des patients : quelques aspects légaux

Ce partage des responsabilités dans la prise de décision est acté par des réformes et des lois de Santé Publique. Rappelons simplement deux dates majeures pour rendre compte des changements récents concernant le statut du patient dans la législation.

3.1 La réforme hospitalière de 1996

Depuis la réforme hospitalière de 1996, les représentants ou associations d'usagers de la médecine sont impliqués à tous les niveaux du dispositif sanitaire : administration locale de l'hôpital, évaluation et accréditation, élaboration des politiques publiques.

Observant ces associations ou représentants des usagers, Danièle Carricaburu^[13] parle d'«organisation d'une parole profane structurée collectivement [...] susceptible tant de produire des savoirs spécifiques que d'interpeller les professionnels», même si dans la pratique, elle remarque que les changements sont toujours en cours et que « les professionnels considèrent souvent encore qu'ils sont eux-mêmes en mesure de s'exprimer au nom des usagers du fait de leur expérience et de leur détachement. » reprenant à son compte la formule de Lascoumes^[40]: « les usagers au centre, les professionnels au milieu... »

Cependant, même si l'évolution des représentations prend du temps, c'est à partir de cette date que les institutions sanitaires se sont ouvertes à la parole des patients.

3.2 La loi du 4 mars 2002

La loi du 4 mars 2002, dans son volet dédié au renforcement des droits individuels, met l'accent sur l'information, le consentement, l'accès direct aux informations médicales et la non-discrimination.

Concernant l'information, il apparaît que « toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. » (article L1111-2 du code de la Santé Publique)

Mais surtout derrière le concept de consentement, se modifient les enjeux de la négociation et de la prise de décision partagée :

« Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.

Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. [...] »

Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. » (article L1111-4 du Code de la Santé Publique)

Cette volonté politique de reconnaître à l'utilisateur du dispositif sanitaire un rôle décisionnaire plus important modifie les équilibres en particulier dans le cabinet de médecine générale.

4. L'Evidence BasedMedecine et les travaux récents

Au-delà de l'évolution de la médecine en rapport avec les changements sociétaux, se pose la question concrète du rôle de la relation dans l'efficacité du soin. La recherche médicale moderne met en lumière les limites des modèles théoriques^[26], et ce sont les travaux influencés par l'Evidence BasedMedecine qui se multiplient alors sur le thème de la relation.

4.1 L'efficacité thérapeutique de la relation

De nombreuses études ont montré que la satisfaction du patient était fortement liée à la relation avec le médecin.^{[22], [57], [3], [18]}

Les travaux les plus récents se sont attachés à montrer que si la relation médecin-patient influe sur la satisfaction du patient, elle conditionne aussi l'efficacité thérapeutique. C'est le département de recherche de médecine générale de Lyon 1, avec le Pr. Alain Moreau^[47], particulièrement actif sur le thème, qui publie une méta-analyse des recherches en ce sens, évaluant en particulier les bénéfices d'une approche « cognitivo-émotionnelle »^[17] consciente de la part du médecin.

On retrouve des démonstrations d'efficacité mais rares sont les études dont le critère principal est clinique^[17]. Pourtant si elles ne permettent pas de conclure sur la réduction de la morbi-mortalité, les études montrant l'efficacité sur la baisse de la tension artérielle^{[2], [50]} ou de l'HbA1c^[50] relancent l'intérêt sur ces questions de l'« effet-médecin ».

D'autres études démontrent l'intérêt d'un suivi au long cours pour une meilleure observance^[21], et même l'amélioration du coût en Santé Publique^[15], expliquée pour certains auteurs par une prise en charge plus rationnelle des troubles fonctionnels^[11].

4.2 L'exemple du système de santé anglais

Au Royaume-Uni, la déconstruction du modèle libéral du Système de Soins est déjà largement engagée, ce qui a conduit de nombreux auteurs à publier des études montrant le danger d'une organisation des soins primaires où la relation médecin-patient ne s'inscrirait plus dans la durée.

En particulier, dans une étude du British Journal of General Practice de 2009, les éléments critiques mis en avant par les auteurs sont la dégradation de la confiance du patient et de l'investissement des soignants, entraînant une perte d'efficacité des soins^[25].

Une autre étude anglaise du même journal, la même année, s'est penchée plus spécifiquement sur les attentes des patients et les déterminants du renforcement de la relation médecin-patient^[52]. Les deux facteurs les plus importants qui ressortent de l'étude sont les consultations répétées et le soin longitudinal (c'est-à-dire le fait de voir le même médecin). Les auteurs invitent d'ailleurs, dans leur conclusion, à orienter la recherche vers le rôle du suivi au long cours qui, aux vues de leurs résultats, leur paraît capital pour mieux comprendre les enjeux de la relation.

4.3 Décision médicale sous influence : des soins inégaux ?

Certaines études peuvent servir de mises en garde. Ainsi on a pu montrer ces dernières années que les critères de décision des médecins ne sont pas toujours ceux que l'on croit. L'idée que ce fait le médecin de son patient influe parfois de façon décisive, et peut entraîner une perte de chance pour certaines catégories de population.

Il a en effet été mis en évidence des inégalités importantes dans le contenu de la relation thérapeutique selon la représentation que se fait le médecin de son patient^[36] et en particulier sur des critères socio-économiques^[41].

On retrouve cette épineuse question de la décision médicale sous influence dans la synthèse de 30 ans de recherche médicale sur le thème de la relation qu'a proposé Heritage^[26] en 2006 : « L'ensemble des études démontre un lien fort et mesurable entre les comportements dans la relation médecin-malade, et plusieurs types d'enjeux médicaux [...]. La relation médecin-malade est un composant significatif de l'interaction entre d'un côté les variables sociologiques, comme le sexe, la race et le statut économique, et d'un autre côté la prise de décision médicale. Il est à déplorer que beaucoup reste à apprendre sur les rapports entre ces éléments déterminants. »

Ainsi, si certains critères péjoratifs ont été identifiés, il serait tout à fait utile de mettre à jour des facteurs protecteurs de la représentation que se fait le médecin de son patient, qui semble être un déterminant direct de la qualité des soins.

Or les médecins généralistes se disent plus concernés, plus investis dans la prise en charge, lorsqu'il s'agit de patients connus de longue date^[29]. De leur point de vue, suivre les patients au long cours pourrait avoir une influence positive sur le diagnostic mais aussi sur la thérapeutique^[30].

Ainsi notre façon de soigner n'est pas la même selon le patient qui est en face de nous, ou plus particulièrement selon l'idée que nous nous en faisons. Et la recherche montre que l'étude de la relation médecin-patient est un champ d'exploration qui permettrait de mieux comprendre ces inégalités qui apparaissent malgré nous dans le soin que nous prodiguons à nos patients. En ce sens s'intéresser au suivi au long cours à travers le regard de médecins généralistes est un sujet tout à fait actuel, qui pourrait mettre en évidence des facteurs protecteurs de cette inégalité des soins.

Méthode

I : Méthodologie théorique

1. Type d'étude

1.1 Recherche qualitative

La présente étude s'inscrit dans le cadre de la recherche qualitative, qui permet d'appréhender les opinions personnelles et les représentations voire d'expliquer les comportements d'un groupe d'individus concernant un thème donné.

Elle ne s'appuie pas sur des chiffres statistiquement représentatifs mais sur un recueil de points de vue, organisé de façon scientifique et sur l'interprétation par le chercheur, à la fois rigoureuse et réflexive.

1.2 GroundedTheory

La méthode s'inscrit dans la théorisation ancrée ou GroundedTheory telle que formalisée par Strauss et Glazer^[24]. Ces auteurs défendent l'idée qu'il ne faut pas réserver au quantitatif les capacités d'administration de la preuve considérée comme indispensable à l'élaboration de propositions théoriques.»^[19] L'analyse qualitative recèle au contraire de grandes capacités de production théorique, justement car étant à l'écoute de ce qui est dit, sans opinion préconçue, elle est à même de faire émerger des concepts originaux, et pas seulement d'évaluer ou de vérifier des notions préexistantes^[32].

1.3 Justification scientifique

La recherche qualitative est aujourd'hui considérée comme incontournable lorsqu'il s'agit de tenter d'explicitier les processus de décision ou les déterminants sous-jacents à l'action et pour étudier des sujets complexes ou impliquant des enjeux affectifs.

Ce type de méthodologie est donc particulièrement adapté à l'étude de la relation médecin-malade.

1.4 Rapide historique de la recherche qualitative

Il n'est pas anodin de constater qu'un des premiers champs d'élargissement de la recherche qualitative a été effectué dans le contexte sanitaire. En effet, un rapide

historique nous apprend qu'elle a été initialement développée par les sciences sociales dans les années 20, puis reprise à des fins privées pour perfectionner les outils marketing, surtout aux Etats-Unis, dès les années 50. C'est ensuite pour la recherche en soins infirmiers qu'on retrouve son utilisation, au Canada, comme outil d'approfondissement des connaissances en Santé Publique.

En 2003, l'expression 'Qualitative Research' fait son entrée dans les « MESH terms » de PubMed, reconnaissance de sa place de choix dans la littérature scientifique actuelle.

2. Méthode choisie et type d'analyse

2.1 Entretiens individuels

Initialement envisagée, la méthode par entretien collectif dite 'focus group'^[38] a été écartée pour des questions de faisabilité. En effet les médecins généralistes sont particulièrement sollicités, et tenter de les réunir en soirée pour un travail en groupe nous aurait exposé à des refus ou des désistements en nombre.

L'entretien individuel permet par contre d'intercaler l'entretien dans une journée de consultation. Par ailleurs, il permet de créer un climat d'intimité lors de l'entretien propice à des révélations d'enjeux personnels profonds.

Le questionnaire ne nous a pas paru un recours méthodologiquement envisageable. Sa formulation fixée d'avance par le chercheur ne permet pas la richesse des réponses obtenues lors d'un entretien plus libre.

Nous avons retenu la méthode par entretiens dit semi-structurés. Elle est adaptée pour l'étude d'une question sur laquelle l'état des connaissances permet de formuler des hypothèses mais en restant ouvert aux concepts nouveaux qui pourraient émerger lors des rencontres. Les entretiens se déroulent sous forme de conversation libre, partiellement structurée par un guide d'entretien, tout en laissant à l'investigateur une grande liberté d'improvisation.

2.2 Méthode d'analyse

L'objectif de l'analyse en théorisation ancrée est de faire apparaître les concepts présents dans les propos recueillis en mettant en jeu la capacité d'analyse et d'interprétation du chercheur, en dehors de toute idée personnelle préconçue.

La méthode choisie est libre, de type codage axial, c'est-à-dire en constituant un corpus de concepts au fur et à mesure de leur apparition dans les entretiens successifs.

Le travail d'analyse a été effectué en cours d'étude, dès les premiers entretiens. Nous avons donc mis en pratique le principe de l'herméneutique par aller-retour entre le recueil des données et l'analyse.

Dans certains cas, un double codage peut être mis en place, c'est-à-dire qu'un deuxième chercheur peut réaliser une analyse sans prendre connaissance des résultats du premier. Une triangulation de ces deux analyses indépendantes produit alors le résultat final. Cette double analyse n'a pas été effectuée pour notre étude.

2.3 Saturation théorique

La saturation théorique s'obtient lorsqu'il n'y a plus de création de nouvelle catégorie de points de vue dans la phase de recueil de données.

Pour notre étude et afin de respecter des critères de faisabilité, nous avons fixé préalablement le nombre d'entretiens finaux à 20, estimant a priori que la saturation pourrait être obtenue.

II : La méthode en pratique

1. Population étudiée

1.1 Critères d'inclusion

Sont admis dans l'étude les seuls médecins généralistes actuellement en activité dans les Alpes Maritimes, exerçant depuis au moins 30 ans, c'est-à-dire installés en libéral depuis 1984 ou avant.

1.2 Recrutement

Les médecins ont été appelés par téléphone sauf dans quelques cas exceptionnels où les échanges se sont passés par courriers électroniques, sur consigne relayée par la secrétaire.

Nous avons contacté des médecins que nous connaissions directement, ou que les médecins qui ont participé à l'étude nous ont proposé de contacter. Nous avons ainsi utilisé notre réseau de connaissance, en particulier les médecins rencontrés pour des remplacements, et élargi ce réseau par la méthode dite « de proche en proche ».

1.3 Caractéristiques de l'échantillon

Dans une étude qualitative, l'échantillonnage ne recherche pas de significativité statistique qui pourrait attester la concordance des proportions dans l'échantillon et dans la population générale. On parle d'échantillonnage raisonné, c'est-à-dire que le chercheur a tenté de constituer un échantillon qui lui semblait équilibré et propice à obtenir tous les points de vue représentatifs concernant sa problématique.

Les caractéristiques démographiques pertinentes et celles concernant l'exercice des médecins interrogés ont été cependant systématiquement relevées et seront présentées dans la partie Résultats et discutées. Ces résultats sont ainsi disponibles à la critique des lecteurs.

1.4 Validation des critères d'inclusion : année d'installation

Concernant l'année d'installation, chaque médecin a été interrogé par téléphone lors de la prise de rendez-vous ou oralement en début d'entretien.

2. Guide, grille et techniques d'entretien

2.1 Le guide d'entretien

Le guide d'entretien a valeur de support pour la conduite d'un entretien semi-structuré. Il est volontairement rédigé en termes généraux, pour ne pas induire les réponses.

Blanchet^[8] précise :

« Ce guide a pour but d'aider l'interviewer à improviser des relances pertinentes sur les différents énoncés de l'interviewé, au moment même où ils sont abordés. Cette technique permet donc, du moins en principe, à la fois d'obtenir un discours librement formé par l'interviewé, et un discours répondant aux questions de la recherche. »

De fait, nous nous autorisons une liberté dans l'ordre des questions. En effet, si un thème était abordé par le médecin généraliste avant la question ad hoc, nous explorions le thème à ce moment-là, puis sautons la question au moment où elle se présentait dans le guide. Ce principe est décrit dans la méthodologie de l'entretien dit semi-structuré.

La grille d'entretien que nous avons élaborée est fournie en Annexe 1. Elle n'a presque pas évolué entre le premier et le dernier entretien sauf sur des points de détail pratiques. Notons ici que nous avons aussi imprimé une version utilisant le tutoiement, selon l'interlocuteur, afin d'éviter les bredouillements.

2.2 Les techniques d'entretien pour l'investigateur

Nous nous sommes formés aux techniques d'entretien par la lecture de quelques ouvrages de références.^{[6], [7], [8]}

Les relances le plus souvent utilisées ont été les répétitions. Comme l'explique Blanchet, « ces interventions, qui consistent à répéter un contenu déjà exprimé par l'interviewé, manifeste à la fois une confirmation d'écoute et une demande d'explicitation. L'intervention relance vigoureusement le discours informatif (discours d'opinion) alors que, s'appliquant à une narration ou à une description (récit d'expérience), elle peut constituer une ponctuation superflue, parfois même "tombant à plat". » Nous avons tenté de faire nôtre cette recommandation.

Ces répétitions peuvent prendre la forme d'écho, lorsque l'intervention répète strictement un énoncé du discours de l'interviewé, ou de reflet, c'est-à-dire que la répétition est précédée par une formule du type : « vous avez parlé de... ». Dans ce dernier cas la demande d'explicitation est tacite, et on veillera à ce qu'elle ne soit pas interprétée comme une remise en question de ce que l'interviewé a affirmé.

D'autres sociologues, et en premier lieu Kaufmann^[37] et Bourdieu^[10], mettent en avant l'importance de l'implication authentique de l'investigateur dans la rencontre.

Les incitations à écouter en souriant ou à ponctuer le discours de la personne interrogée par des signes d'approbation ne peuvent servir qu'à éveiller l'attention du chercheur sur l'importance de son attitude envers la personne interrogée. Il ne nous semble pas y avoir de bonnes « recettes », sinon la nécessité de s'engager pleinement dans l'acte de l'entretien, dans l'ouverture à l'Autre, avec toute son attention et sans jugement. C'est la neutralité bienveillante dont Rogers^[53] a exploré les possibilités.

2.3 La grille d'écoute

Une « grille d'écoute » avait été établie en fonction de la bibliographie, avant même les premiers entretiens test. L'avoir mémorisée a permis de relancer les médecins lorsque des thèmes identifiés étaient abordés, mais aussi lorsque les médecins interrogés énonçaient des points de vue qui semblaient originaux par rapport aux concepts classiquement recensés dans la littérature.

La grille d'écoute figure en annexe 2, dans sa version de la veille du premier entretien.

3. Déroutement des entretiens

3.1 Lieu

Dans la mesure du possible nous avons cherché à rencontrer les médecins dans leur cabinet médical, le lieu de la relation médecin-malade par excellence, afin que le contexte évoquant la fonction, il soit plus naturel pour eux de s'impliquer dans l'entretien en tant que médecin généraliste. Cependant, exceptionnellement et après avoir systématiquement évoqué la possibilité de se rencontrer au cabinet, lorsque le praticien proposait une solution plus arrangeante pour lui, nous avons accepté.

3.2 Durée

Nous avons annoncé une durée prévue d'entretien de 30 minutes. Lors de la prise de rendez-vous, nous avons systématiquement demandé si cette durée était trop contraignante. Il ne nous a jamais été répondu qu'il était nécessaire d'écourter.

Nous avons consigné pour chaque entretien sa durée d'enregistrement. Elle comprend certaines interruptions téléphoniques courtes, sauf lorsque le médecin a explicitement demandé à ce qu'elles ne soient pas enregistrées.

3.3 Calendrier et validations intermédiaires

Deux entretiens test ont été réalisés en Septembre 2013. Un de ces deux entretiens a été effectué auprès d'un médecin non généraliste de notre entourage et a bien sûr été écarté de l'analyse. Il a permis d'améliorer la maîtrise du guide d'entretien et les techniques de relance. L'autre entretien par contre a été effectué

après d'un médecin généraliste satisfaisant aux critères d'inclusion et, s'étant révélé tout à fait conforme à nos attentes, nous avons pu l'intégrer à l'étude.

Après les quatre premiers entretiens, nous avons commencé la retranscription et l'analyse pour nous assurer de la validité du guide d'entretien. Les premiers résultats ont alors été validés par le directeur de thèse pour s'assurer de la cohérence des premiers résultats avec l'objectif général de notre travail. De plus, le Pr. Jean-Pierre Zirotti, sociologue, qui en début d'étude avait déjà bien voulu nous éclairer pour mettre sur pied notre méthodologie et commencer notre bibliographie, a de nouveau enrichi notre travail à cette étape, en approuvant les aspects plus particulièrement liés à la technique des entretiens, et en proposant des pistes pour l'analyse qui nous ont été précieuses.

Enfin, la deuxième phase s'est déroulée sur deux semaines dédiées, fin janvier début février, sauf pour les deux derniers entretiens, les médecins ayant été contactés plus tardivement ou étant moins disponibles avant, en raison du pic épidémique hivernal.

3.4 Recueil de données et consentement

La clause de confidentialité et le but de l'étude ont été rappelés oralement à chaque début d'enregistrement et la confirmation de l'accord de chaque participant a alors été obtenue.

Selon les entretiens, le recueil des données épidémiologiques a été fait en début ou en fin de rencontre sous la forme de questions-réponses rapides à l'oral. La question « Cela vous a-t-il intéressé ? » a été systématiquement posée en fin de rencontre.

4. Traitement des données

4.1 Etapas et matériel ad hoc

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un microphone enregistreur numérique professionnel Zoom H1 monté sur mini-trépied.

Les fichiers audio ont été transférés sur PC puis retranscrits sous Word 2007 en utilisant le logiciel de reconnaissance vocale Dragon 12. Pour ce faire une pédale de type dactylo permettant de commander la lecture du fichier audio a été utilisée, gérée par le logiciel Express Scribe Pro.

Une fois les fichiers texte obtenus, nous les avons analysés dans nVivo version 10. Ce logiciel, dédié à la recherche qualitative à but commercial ou universitaire, permet à l'utilisateur de regrouper les citations pertinentes par thèmes et sous-thèmes, appelés nœuds, qu'il crée lui-même au cours de l'analyse. Il est donc adapté pour un travail basé sur la Grounded Theory.

Les principaux coûts spécifiques à ce travail de thèse, hors coûts habituels liés à la reprographie et aux frais pour la soutenance, sont reportés dans le tableau I.

Matériel :	Prix en euros
-enregistreur	89
-bonnette + trépied + case	58,6
-pédale de dactylo	50
Logiciels :	
-nVivo 10	105
-Express scribe Pro	21,87
-Dragon Naturallyspeaking 12	39
<u>TOTAL</u> =	363,47

Tableau I : Frais spécifiques à l'étude par entretiens.

4.2 Détails concernant les retranscriptions

Les retranscriptions ont été effectuées mot à mot, constituant un corpus de verbatim. Les interruptions téléphoniques n'ont pas été retranscrites pour des raisons évidentes de confidentialité. La retranscription reprend lorsque le praticien raccroche.

Les interruptions sont signalées entre crochets ainsi que les remarques explicitant les situations lorsque nécessaire, par exemple lorsque l'enregistrement est repris parce que la conversation informelle après la fin de l'entretien se prolonge et revient sur un terrain exploitable pour l'étude. Entre parenthèses nous avons signalé les attitudes, les tons de voix particuliers ou les rires du médecin interrogé.

Afin de conserver le caractère oral des entretiens nous n'avons pas corrigé systématiquement les erreurs de syntaxe. En particulier, nous avons retranscrit telles quelles les nombreuses négations incomplètes présentes dans le discours, comme 'je sais pas' ou 'ils ont rien'. La ponctuation a été décidée en fonction du sens. Lors des choix d'extraits pour la partie Résultats nous avons marqué les passages coupés par le symbole [...] ou par un retour à la ligne. Chaque entretien anonymisé est identifié par l'abréviation E01 à E20.

Nous avons consigné le nombre de mots de la retranscription pour chaque entretien. Il comprend les annotations descriptives, qui restent très minoritaires en proportion par rapport au contenu lui-même. Le nombre de mots donne une représentation du volume des échanges, complémentaire de la durée d'enregistrement.

4.3 L'analyse finale

Nous n'avons pas cherché à mettre en correspondance les propos des médecins interrogés avec les notions que nous avons pré-identifiées, privilégiant l'ouverture aux thèmes tels qu'ils se dégageaient des entretiens eux-mêmes.

Ainsi la présentation des résultats qualitatifs que nous avons retenue est basée sur le travail final de l'analyse effectuée à l'aide du logiciel nVivo pour chaque entretien successif, et n'a pas vocation à être calquée sur notre grille d'écoute.

Rappelons la mise en garde de Duchesne^[19]: « L'objectif n'est pas de classer les données pour pouvoir évaluer l'importance quantitative de chaque catégorie dans le corpus. Il est dans l'émergence des catégories elles-mêmes, lesquelles constituent à proprement parler le résultat de l'analyse. »

Résultats

I : Résultats : Caractéristiques descriptives et résultats intermédiaires

1. Recrutement et déroulement des entretiens

1.1 Résultats du recrutement

L'étude se base sur l'analyse de 20 entretiens retranscrits intégralement.

Nous avons contacté par téléphone 33 médecins généralistes ou leurs secrétariats.

Nous avons essuyé 3 refus téléphoniques et écarté 8 médecins qui s'étaient installés après 1984.

22 médecins ont été interrogés mais 20 entretiens seulement ont été enregistrés de façon exploitable pour des raisons de mauvaise utilisation ou de défaillance technique du matériel de capture sonore.

Certains praticiens se connaissaient entre eux ; en particulier nous avons recruté 6 médecins participant au même groupe de pairs.

1.2 Lieu des entretiens

Sur les 20 entretiens analysés, 18 se sont déroulés au cabinet du médecin interviewé.

Un entretien a été effectué dans les bureaux de l'activité salariée exercée en parallèle par un des médecins ayant accepté de participer à l'étude.

Dans un autre cas, un médecin exerçant dans l'arrière-pays a proposé que l'entretien s'effectue en soirée à son domicile, à Nice.

1.3 Date et durée des entretiens

Après un premier entretien le 26 Septembre 2013, les entretiens deux à quatre ont été réalisés le 18 et le 19 décembre 2013. Après un temps d'analyse et de validation, la deuxième phase des entretiens s'est déroulée essentiellement du 28 Janvier au 7 février 2014, sauf pour les deux derniers entretiens le 21 février et le 04 Mars 2014. Le tableau de l'annexe 3 présente le détail de ces données.

Notons que l'entretien le plus court a duré 23 minutes, et le plus long 49 minutes, avec une moyenne de 33 minutes. Pour l'ensemble des entretiens, tous les

aspects du guide d'entretien ont pu être abordés. Aucun médecin interrogé n'a demandé à ce que l'entretien ne soit écourté.

Le nombre de mots moyen pour le verbatim d'un entretien est de 5578 mots, sur un corpus à analyser d'environ 111'550 mots pour l'ensemble des 20 retranscriptions.

2. Démographie de la population interrogée

Toutes les caractéristiques relevées sont présentées sous forme de tableau en annexes 4 et 5, sauf les années de naissance et d'installation pour préserver l'anonymat.

2.1 Age et sexe

La répartition homme-femme est 80%-20% comme représenté dans la figure 1. Nous ne recherchons pas une population équilibrée en genre, étant entendu que la population de médecins installés il y a 30 ans est une population majoritairement masculine comme nous le verrons dans la partie Discussion.

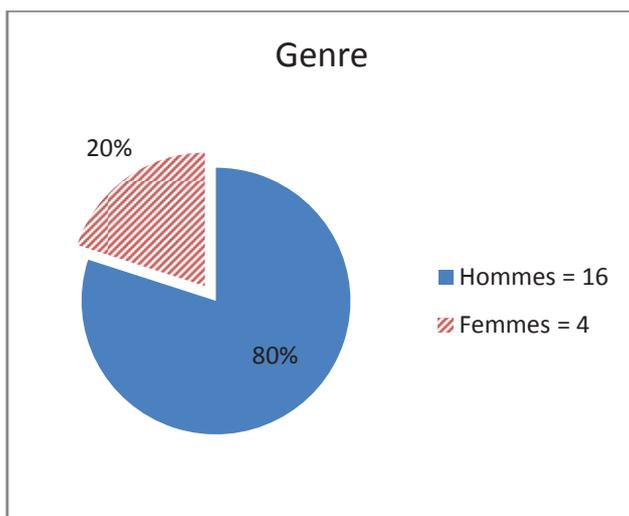


Figure 1 : Répartition des médecins par sexe.

L'âge moyen des médecins interrogés est de 63.3 ans, le plus jeune étant âgé de 58 ans et le plus âgé de 88 ans. Remarquons que 19 des 20 médecins sont dans un intervalle d'âge assez restreint : [58, 66 ans], constituant ainsi une population homogène comme illustré sur la figure 2.

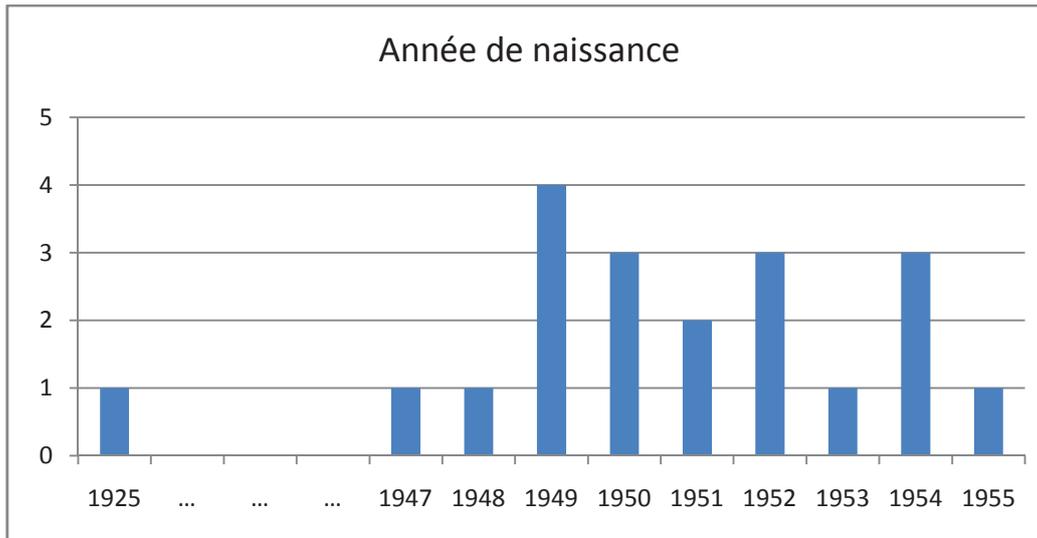


Figure 2 : Effectif des médecins participants à l'étude par année de naissance.

2.2 Types d'exercice

Les médecins interrogés exercent en ville pour 85% d'entre eux ; la figure 3 en rend compte. Dans la majorité des cas, les cabinets sont situés dans des quartiers résidentiels à Nice ou à Menton. Trois médecins exerçant dans des quartiers populaires de Nice ont participé à l'étude. Par ailleurs nous avons interrogé trois médecins exerçant dans l'arrière-pays niçois, à une distance de la ville allant de 10 à 20 km.

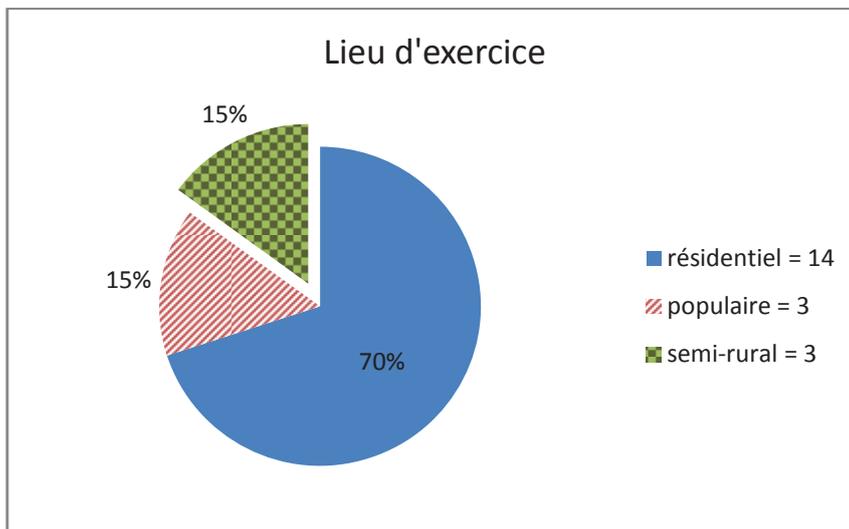


Figure 3 : Répartition des médecins par lieu d'exercice.

Dans notre étude, la proportion de médecins conventionnés en secteur un est de 65%, pour 35% de secteur deux. Le temps de consultation moyen déclaré par les médecins est de 21 min pour les secteur deux et 17 min pour les secteur un, réparti comme représenté sur la figure 4.

Cependant les chiffres présentés dans l'ensemble de cette partie sont descriptifs : en aucun cas la significativité statistique ne peut être obtenue en raison de la taille de l'échantillon observé.

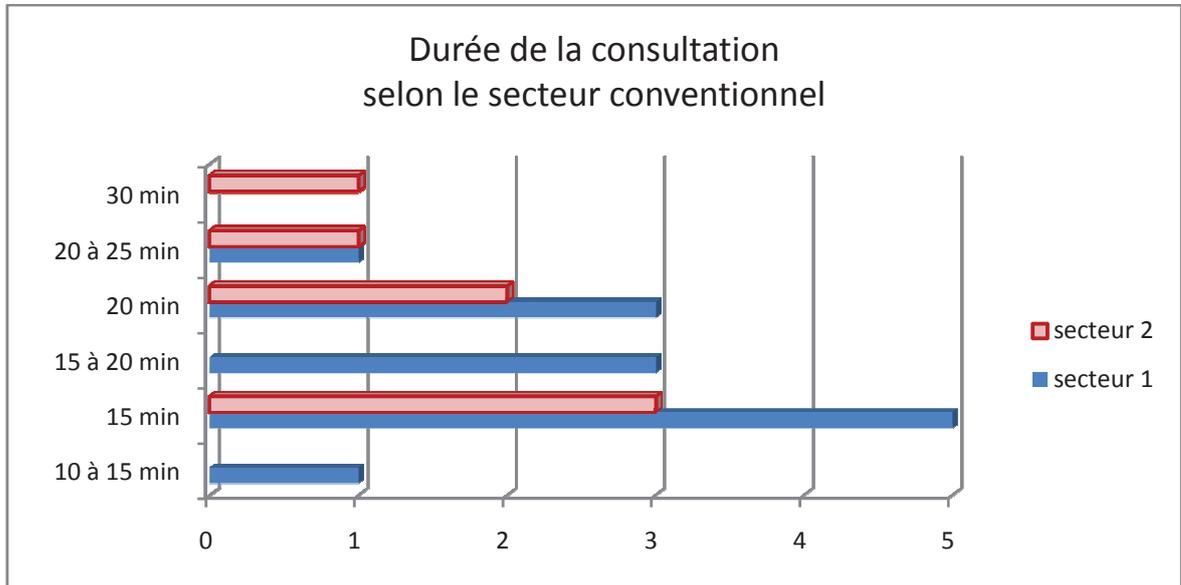


Figure 4 : Effectif des médecins participants à l'étude par durée de consultation.

Par ailleurs, pour l'ensemble des 20 médecins, seulement 21 changements de local pendant toute la carrière ont été allégués.

Nous avons précisé cette information en demandant si ces changements de local correspondaient à des changements de patientèle : ce n'est le cas que dans 10 des 21 déménagements de cabinets médicaux.

Nous remarquons sur le tableau de l'annexe 4 que pour les 7 médecins secteur deux, aucun ne déclare avoir changé de patientèle pendant son exercice. Une fois encore, le type même de notre étude et la taille de l'échantillon observé ne permettent pas de chercher de significativité statistique.

2.3 Maîtres de stage, formations et intérêt pour le thème de l'étude

Sur les 20 médecins interrogés, 3 sont maîtres de stage dans le cadre de l'équipe pédagogique du DERMG de la Faculté de médecine de Nice. Ils ont tous déclaré avoir reçu une formation ayant trait à la relation médecin-patient. Concernant les 17 autres médecins, 7 ont indiqué ne pas avoir reçu de formation spécifique sur ce thème comme vu dans le tableau en annexe 5. Ajoutons qu'un médecin a signalé avoir participé à un groupe Balint ; c'est le seul à avoir immédiatement signalé l'utilité de la formation pour sa pratique. La plupart des autres praticiens ajoutaient naturellement après leur réponse que leur souvenir en était vague, sauf certains qui évoquaient des travaux de groupe type jeux de rôles.

Enfin, parmi les 20 médecins participants, tous questionnés en fin d'entretien, 19 ont déclaré être intéressés par le thème de notre étude.

3. Résultats intermédiaires de l'analyse et saturation théorique

3.1 Codage sous nVivo

Les résultats de l'analyse seront présentés dans la deuxième section de la partie Résultats. En préambule, précisons ici les résultats intermédiaires.

Une grande partie du travail de mise au jour des concepts sous-jacents au discours des médecins interrogés a été effectué après les quatre premiers entretiens. Une pause avait alors été décidée avant de reprendre la conduite des entretiens eux-mêmes. Le travail personnel herméneutique pendant cette période a permis un aller-retour entre le recueil des données et analyse, comme précisé dans la partie Méthode.

Après avoir lu plusieurs fois ces premiers entretiens intégralement en tentant d'intégrer les grandes lignes du discours, nous avons créé sous nVivo les nœuds correspondant aux concepts qui émergeaient. Par la suite, nous avons ponctuellement eu besoin de modifier cette première grille d'analyse, essentiellement pour réorganiser le corpus théorique décrit (élargir la portée d'un nœud, scinder un nœud en deux ou créer plusieurs sous-thèmes dans un nœud).

Afin de donner à voir les coulisses du travail d'analyse, nous avons fourni en annexe 6 l'arborescence des nœuds codés sous nVivo après l'analyse des quatre premiers entretiens, côte à côte avec la version finale. On peut constater que les catégories retenues pour organiser les idées-forces sont relativement stables.

3.2 Calligramme

Le calligramme de la page de garde de cette thèse a été réalisé sous nVivo. Il permet de visualiser les mots les plus fréquemment utilisés par les médecins interrogés. Après les mots « relation », « médecin » et « patient », le 4^{ème} mot le plus employé est « confiance ».

3.3 Saturation théorique

Signalons ici que la saturation théorique a été obtenue. À partir des six derniers entretiens, il n'a plus été nécessaire de modifier l'arborescence des nœuds, ce qui témoigne d'un épuisement de l'enrichissement du corpus des idées-forces.

II : Résultats qualitatifs : extraits du verbatim et commentaires

Nous présentons ici les notions que les médecins généralistes ayant participé à ce travail de recherche ont abordées lors des entretiens. Pour chaque sous-partie, une introduction partielle résume les idées-forces que nous avons relevées dans le discours des praticiens interrogés, alors que nos remarques et interprétations personnelles figurent dans la conclusion partielle.

Partie A : Qualités du généraliste, évolution personnelle et changements sociétaux

L'étude de la relation lors d'un suivi au long cours suppose d'avoir préalablement identifié les facteurs qui peuvent influencer en dehors du contexte de contacts répétés dans la durée.

En particulier, on remarque dans le discours des praticiens interrogés que certains déterminants de la relation sont identifiés comme inhérents aux qualités personnelles du médecin généraliste, et seraient donc constants au cours des années.

D'autres, au contraire, changent avec le temps, mais concernent l'ensemble des relations médecin-patient et pas seulement les patients connus depuis de nombreuses années. C'est le cas pour l'évolution personnelle du praticien au cours de sa carrière, mais aussi pour les changements liés aux progrès des technologies, à la dégradation ressentie de l'image du médecin généraliste et à la mutation de l'organisation des soins qui dessinent une autre médecine générale.

1. Les qualités humaines du praticien

Du point de vue des médecins interrogés, certains déterminants de la relation médecin-patient semblent attachés aux valeurs et à la personnalité même du praticien, en particulier à son ouverture à l'Autre, ainsi qu'à ses capacités de communication.

1.1 Caractère inné du relationnel

La relation, [...] on l'apprend pas à la fac, ça. On l'apprend avec son cœur. Il y en a peut-être qui ne l'apprennent jamais, parce qu'ils ne sont pas portés vers cette relation. (E09)

*Je crois qu'il y a des gens qui sont plus ou moins faits pour ce métier. Une approche, de la psychologie, des gens.
Ça s'apprend pas ça, je crois. (E04)*

1.2 Les dispositions à l'écoute

Il faut de la qualité d'écoute. (E04)

Il faut être à l'écoute des gens. [...] C'est important. Le côté sympa, empathique : peut-être un peu moins. Mais à l'écoute ! (E19)

Être à l'écoute du patient. [...] Pour le premier comme pour le 10^e qui a attendu. Ça c'est important. (E17)

1.3 Aimer son patient, comme alter ego

Il faut de l'empathie pour tes patients.

Et puis en général. C'est pas spécialement pour tes patients, c'est dans la vie de tous les jours.

En tout cas, c'est dans l'idée que je me fais de la relation entre les êtres humains. C'est avoir un regard vers l'autre qui est différent du simple croisement de personnes « bonjour bonsoir point ». (E03)

De la compassion, en fait.

J'essaie toujours de répondre aux questions parfois angoissantes du patient de la façon dont moi j'aurais aimé qu'on me réponde.

Ne pas agresser, quoi. Ne pas le juger non plus. (E04)

Aimez vos patients.

Voilà. Aimer son métier, c'est aimer les patients. (E16)

1.4 Les facilités à communiquer

1.4.a Les techniques de communication jouent un rôle déterminant

J'avais un maître de médecine générale qui me disait : en médecine libérale, si tu veux réussir, il faut 50 % de savoir-faire et 50 % de faire savoir. (E16)

Comment on échange verbalement, c'est hyper important. (E06)

1.4.b Savoir répéter et reformuler sont des qualités reconnues

Il ne faut pas lasser, mais il faut répéter. (E15)

Quand j'ai commencé, j'avais un confrère qui était capable de répéter quatre fois la même chose, avec des termes différents. C'était extraordinaire, quoi. (E07)

1.4.c Il faut aussi adapter le discours au patient

Chacun n'a pas le même langage, il faut adapter. Si tu as un informaticien ou un enseignant, tu vas pas te comporter de la même manière que si tu as un commercial en face de toi. (E01)

Il faut chercher à avoir une ouverture d'esprit à l'égard de leur personnalité. En fonction de s'ils sont brusques, s'ils sont arrogants, s'ils sont grincheux. Il faut savoir s'adapter. (E05)

Je me suis souvent surpris à parler comme mes patients. Si c'est quelqu'un qui parle pointu, je vais parler pointu. (Rires) Et il y a un mimétisme. Ça va jusqu'à se mettre dans sa peau. En tout cas, sa façon de parler. (E04)

Nous remarquons que dans l'ensemble, concernant les qualités nécessaires à l'exercice de leur métier, les médecins interrogés ne déclarent pas ressentir de difficultés. De fait, le seul praticien qui a pu envisager que ses qualités personnelles n'étaient pas en adéquation avec les exigences de la fonction de médecin généraliste est un des praticiens interrogés ayant réorienté son exercice vers une activité non purement dédiée au soin. Ainsi, il semble que les médecins dans leur grande majorité s'attribuent naturellement les qualités humaines qu'ils identifient comme liées à leur métier. On peut se poser la question du rôle de la vocation qui pourrait expliquer cette adéquation, ou de la mise en avant de ces qualités par l'expérience vécue de la pratique de la médecine générale.

Ajoutons que la capacité d'écoute revient particulièrement fréquemment au fil des entretiens, témoignant de ce que les médecins interrogés ressentent cette qualité comme cruciale dans leur exercice.

Concernant l'empathie, on retrouve d'emblée la question de l'identification du médecin à son patient, que nous développerons par la suite.

Enfin, notons que les capacités de communication ne sont pas considérées par les médecins interrogés comme des compétences sur lesquelles une formation est nécessaire ou utile, ce qui nous a paru surprenant. Ils en attestent par contre l'importance dans leur pratique, et on retrouve à travers leurs exemples des concepts se rapprochant de théorisations reconnues, comme celle de l'adaptation à la personnalité du patient.

2. Evolution personnelle du médecin au cours des années

Au cours de leur carrière, des changements personnels ont pu intervenir chez les praticiens interrogés et ainsi transformer leur mode de relation avec l'ensemble des patients. Ils nous expliquent comment l'incertitude des débuts laisse place à une confiance en soi qui est un nouveau socle pour entrer en contact avec l'Autre, et comment ils ont appris à savoir dire non pour se protéger. L'approche de la fin de l'exercice change parfois le rapport d'autorité, et les médecins perçoivent que les patients vont plus facilement s'ouvrir à eux sur des sujets intimes du fait de leur âge.

2.1 La confiance en soi

2.1.a L'apparition de la confiance est très souvent citée comme transformation personnelle liée à l'expérience

Bien sûr, au début quand on s'installe, d'abord on n'est pas sûr de soi. C'est le temps et la maturité qui m'ont permis d'avoir une assurance. (E02)

Je me sens de plus en plus en confiance. Je prends de l'expérience, de la bouteille comme on dit, c'est agréable. (E03)

On n'a pas le même type de relation, je pense, à 25 ou 30 ans et puis à 55 ou 60 ans. [...] On gagne en aisance, en sûreté en soi. On sait un peu plus ce qu'on veut aussi. (E12)

On se sent beaucoup plus sûr de soi. Même quand il y a des nouveaux patients, on a quand même une certaine assurance, sans pour autant manquer d'humilité. (E16)

2.1.b La confiance en soi du praticien permet une meilleure adhésion du patient et une gestion du doute plus saine

Si vous avez confiance en vous, vous donnez confiance aux gens. (E16)

Moi, je suis plus sûr de moi aussi. Je crois que les patients le sont aussi. Ils se disent : c'est bon, il est sûr de lui, il n'hésite pas. Et ça c'est... Bon, c'est l'expérience... (E04)

L'hésitation, dans notre métier est quelque chose qui est un point négatif dans la relation avec le patient.

« Il sait pas ! » Bon, parfois, maintenant, ça m'arrive. [...] Parce que, au bout de 31 ans, vous avez quand même fait vos preuves. Et il m'arrive de dire : bon, écoutez là, j'avoue que je suis un peu dans la bouillasse. (E16)

Il y a un point quand même qui a évolué, c'est qu'on accepte de dire aux gens : je ne sais pas. (E08)

2.2 Savoir se protéger

2.2.a Au cours de son exercice, le médecin apprend à dire non

Il fut un temps, si vous voulez, je me faisais plus bouffer par la clientèle. Aujourd'hui, [...] il y a des fois où je peux dire non. Parce qu'on ose dire les choses. (E17)

Quand je dis non, je dis non, quoi. Peut-être que c'est plus difficile au début. (E20)

Je me sentais tenue que ce soient toujours les patients qui passent avant tout. (E10)

Je vous dis, il y a un monsieur moi, que j'ai mis dehors, parce qu'il était odieux. Et ça, je n'aurais pas été capable de le faire au début. Et j'aurais plus subi je pense. (E14)

2.2.b La relation devient moins douloureuse pour le praticien lorsqu'il y investit moins d'affect

Un jour, j'ai quand même appris à me soigner, à mettre moins d'affect. Et ça je crois qu'il ne faut pas mettre d'affect. Et faire très attention de ne pas, comment dirais-je, d'être toujours dans le plaisir de l'autre. (E13)

Avec l'âge, je reconnais que je suis moins touché par le fait que les gens me quittent et je suis moins touché par la réaction. Au départ on se dit : «qu'est-ce que j'ai fait de mal pour mériter ça?» Et à la fin, ben on arrête de se poser ce genre de questions. (E08)

Au début on est peiné, mais maintenant non. (E13)

2.3 Modifications du rapport d'autorité

2.3.a Certains constatent que l'approche de la fin de l'exercice les rend plus permissifs

Quand la personne ne comprend pas ce que je veux lui dire, sur le plan je ne sais pas moi, nutritionnel, cholestérol... Ou tension... N'importe quoi... Quand il faut répéter 10 fois la même chose pour faire pénétrer dans un cerveau qui ne veut pas entendre, je lâche. Avant je ne faisais pas ça. J'allais jusqu'au bout. Maintenant... (E06)

Moi, la patientelle elle est faite, je vais peut-être quitter dans un an ou deux C'est sûr que maintenant, je suis un petit peu plus coulant, quoi. Je disais les trucs. Maintenant... (E18)

*Je suis beaucoup plus modeste. (rires)
Non mais... Vis-à-vis des patients : ils veulent ci, ben tant mieux. M'enfin dans la limite où c'est raisonnable, mais... Il faut se plier un peu aux caprices des patients. (E05)*

2.3.b D'autres praticiens rapportent au contraire avoir de moins en moins de patience

Ce qui se passe, après, c'est qu'on perd un peu la patience. Et, qu'à la limite, on abrège un peu, quoi. Je pense que je suis moins souple avec mes patients qu'il y a cinq ans. (E15)

*J'aurais tendance à être plus directif.
Parce qu'on se rend compte que si on laisse aller, rien n'avance.
Il faut essayer d'être un petit peu ferme, même si ça ne plaît pas toujours.*

Je crois que c'est en prenant de l'âge, je pense. Le caractère qui a un petit peu changé, quoi. (E19)

2.4 L'intimité du patient plus facilement abordée face à un médecin âgé

Peut-être qu'ils n'abordent pas les mêmes sujets avec moi à mon âge, qu'ils abordaient il y a quelques années, quoi.

Pour des histoires de, je sais pas moi, d'impuissance, des histoires comme ça, des trucs relativement intimes... (E19)

Une femme de 50, de 60 ans, aura beaucoup plus de difficultés à raconter certaines choses à un médecin jeune, d'une trentaine d'années, qu'à un mec comme moi. (E16)

J'ai sûrement moins de tabous. Mais ça c'est la différence d'âge, maintenant, qui rend la chose facile

Disons que l'expérience c'est quand même quelque chose qui soulage un peu l'interlocuteur. (E11)

La confiance qui est mise en avant, au début de cette sous-partie, par les praticiens interrogés, semble d'abord être une confiance vis-à-vis de l'autre, c'est-à-dire justement dans le lieu de la relation avec le patient, plutôt qu'une assurance personnelle liée à une meilleure auto-appréciation de leurs compétences. Le médecin est en fait plus confortable après plusieurs années d'exercice. Il s'agit bien d'une évolution : le médecin sait s'adapter, il semble modelé par sa pratique quotidienne.

Par ailleurs remarquons que « dire non » est souvent présenté comme un acquis, une aptitude. On dit : « je peux dire non ». Pareillement, concernant la diminution de l'affect lié à la relation médecin-patient : cela n'a jamais été présenté comme regrettable. Il semble toujours être sous-entendu que cet éloignement émotionnel est une évolution positive. Pourtant si les avantages sont bien explicités, on pourrait penser que ce changement lié aux années fait aussi perdre des possibilités dans la relation. Est-il plus difficile de le voir, ou de l'accepter ?

Nous constatons par contre qu'il n'y a pas de consensus sur la question du rapport d'autorité. Nous n'avons pas pu dresser de typologie dynamique. Par exemple, nous n'avons pas retrouvé de schémas récurrents montrant que les médecins les plus autoritaires en début d'exercice devenaient plus permissifs en fin de carrière ou vice versa. L'évolution ne semble pas prévisible. Et il y a plus. Quelque soit le sens de leur évolution alléguée, les médecins semblent ne pas être satisfaits d'eux-mêmes, comme si le changement était subi et non décidé. Cette question du rapport d'autorité est un des rares thèmes où les médecins mettent en avant leurs difficultés personnelles dans l'exercice quotidien. Sur cet enjeu délicat, le temps modifie le mode d'exercice, mais sans le rendre plus valorisant pour le médecin généraliste.

Enfin, concernant les sujets intimes abordés lors de la consultation, on peut penser que le médecin lui-même, qui nous dit se sentir plus à sa place que dans les premières années, est aussi plus enclin à ce que ces questions soient discutées.

3. Changements liés aux progrès technologiques

A l'échelle d'une vie, les évolutions de la société ont profondément bouleversé la définition même de la médecine générale. Les praticiens interrogés explicitent bien comment les nouvelles technologies, à elles seules, ont transformé leur mode d'exercice, avec l'apparition du téléphone portable et l'informatisation des dossiers. Mais ils ne s'y trompent pas : c'est surtout Internet et la révolution de l'accès à l'information qui font évoluer le rapport médecin-patient.

3.1 Les technologies qui ont transformé l'exercice de la médecine

3.1.a L'arrivée des téléphones portables est vécue comme un événement important et libérateur

La relation médicale [...] évolue aussi avec les technologies. Il est évident que, rien que l'utilisation d'un téléphone portable a changé beaucoup la relation. Puisque avant, malgré tout, il n'y avait pas de téléphone portable, même si maintenant on a du mal à l'imaginer. Et il faut savoir que le fait d'avoir des téléphones mobiles, a quand même libéré les médecins. Puisque avant, en gros, on les appelait chez eux. (E20)

On n'avait pas les portables. Donc c'était un micmac pas possible. (E09)

On a une qualité d'exercice bien meilleure. Ne serait-ce qu'avec les portables, on est au courant de tout, donc c'est très facile. (E04)

3.1.b Les médecins reconnaissent à l'informatisation des dossiers médicaux un rôle d'aide mémoire en progrès par rapport aux anciens dossiers papier

Parce qu'après c'est vrai que, si vous venez me voir pendant 4,5 ans, et que le dossier est pas informatisé, après on ne sait pas où on a mis les trucs, etc. Voyez ? Bon, il ne faut pas cracher dans la soupe, hein, non plus. (E15)

Tu penses être attentif et tu ne l'es pas sérieusement. Puisque tu dis : « Mais votre mammographie dites-moi, vous ne l'avez pas faite depuis combien de temps ? » Et là... Alors je reconnais que ça m'arrive beaucoup moins depuis un an. Parce que depuis que je suis informatisé, c'est plus facile. (E01)

3.2 L'accès à la connaissance, le cas particulier d'Internet

3.2.a Le statut de sachant du médecin est profondément ébranlé même si Internet et ses forums ne fournissent qu'une information lacunaire voire erronée

Je trouve que ce qui a beaucoup changé, évidemment, c'est Internet. Parce que les gens sont énormément informés par Internet. Alors : informés à leur façon. Mais en tout cas, ils ont des infos. Des infos qu'ils n'avaient pas avant. Donc ça va énormément modifier la relation. (E20)

Ils ont peut-être une façon différente d'écouter, aussi. Parce qu'ils ont des informations qu'ils ont enregistrées avant de vous voir. (E19)

Il y a eu Internet, alors là ça a été... Les gens s'imaginent qu'ils ont le même savoir que vous, quasiment. (E07)

Il y en a certains qui compulsent beaucoup Internet [...] et qui disent : j'ai lu ce que j'avais. Donc là, je les laisse dire, et je leur dis que ce n'est pas une bonne chose. Parce que souvent, on se trouve toutes les maladies du monde. (E14)

3.2.b Un nouveau rôle pour le médecin se dessine : éduquer le patient à traiter les infos d'Internet et des autres média

Il y en a énormément qui vont chercher les informations sur Internet, qu'on est obligé de décrypter un petit peu pour eux. Ce qu'ils ont vu sur les forums, c'est pas toujours la réalité. Mais je leur ai conseillé, quelquefois, des sites, pour qu'ils aillent se renseigner. (E19)

C'est-à-dire qu'ils sont plutôt même ENVAHIS d'infos. De toutes sortes. Et donc la question ce n'est plus de donner une information à partir de rien, mais de voir un petit peu ce qu'ils savent, ce qu'ils ont compris, et plutôt de préciser les choses, ou de recentrer. Et de leur expliquer [...] que c'est quand même le rôle du médecin traitant de faire le point, quoi. (E20)

L'informatisation des dossiers médicaux semble avoir été vécue comme plus ou moins imposée, et les médecins expriment une méfiance résiduelle sur le principe. Pourtant ils rapportent bien leur bénéfice dans l'exercice quotidien, mais ils ont des réticences à faire pleinement leur cette innovation.

Quant à la généralisation de l'accès à internet côté patient, c'est une véritable révolution : si certains sont tentés de s'arc-bouter sur la perte de leur statut de sachant reconnu et exclusif, d'autres se sont montrés capables de caractériser le danger pour les patients et de dessiner un nouveau rôle pour le médecin d'aujourd'hui et de demain. L'éducation thérapeutique s'en trouve redéfinie et ouvre encore d'autres enjeux à la relation médecin-patient.

4. Dégradation du statut du médecin généraliste

En 30 ans, la société et ses valeurs ont évolué, et une nouvelle répartition des rôles sociaux est apparue. En particulier, le statut de médecin généraliste semble s'être dégradé. C'est ainsi que se le représentent les médecins interrogés, qui

l'expriment parfois avec une composante émotionnelle vive. Cependant les notions de médecin de famille ou de médecine de campagne sont identifiées comme facteurs protecteurs de la bonne considération du médecin.

4.1 Le sentiment de déclin d'une aura

Alors qu'avant nous faisons partie des personnes pour qui on avait un certain respect. Le curé toujours... Le médecin... Le maire... Le professeur...

Le rôle social, quoi.

Voilà. Et maintenant ça se perd un petit peu. Maintenant on nous considère un peu comme des scribouillards quoi. "C'est juste un papier, Docteur". C'est un petit peu irrespectueux. (E03)

Déjà la grande différence, c'est qu'il y a 40 ans on s'adressait souvent à des gens qui respectaient le savoir.

C'était une attitude élève à professeur, si vous voulez. L'un qui est en bas de la chaire, l'autre qui est au-dessus. Et puis maintenant, bon ben les choses ayant évolué... (E07)

On a perdu notre aura. (E09)

Moi je l'ai constaté surtout, on va dire depuis une dizaine d'années, quoi. Parce que jusqu'à il y a 10 ans, ça n'était pas comme ça.

Le regard, il a changé quand même. Parce qu'on n'a plus cette crédibilité. Les gens, ils nous voient comme d'égal à égal. (E09)

4.2 Les facteurs aggravant mis en avant

4.2.a Le rôle attribué est devenu ingrat : de plus en plus de « paperasse »

On fait beaucoup d'administratif. Maintenant, dans notre travail, relation malade-médecin : c'est l'administratif.

C'est beaucoup de certificats, de papiers d'assurance, de trucs comme ça. (E18)

On est emmerdés avec des tracasseries. La sécu ils vous disent : [...] là, on peut pas avoir le 100%, parce qu'il y a pas l'IRM, il y a pas ci, il y a pas là...

Et on perd un temps fou avec tous ces trucs. Et au détriment du patient, quoi, voyez. (E06)

4.2.b Les mécanismes d'assistance sociale qui décorrèlent le coût réel et le coût ressenti des soins entraînent un consumérisme voire un nomadisme médical aux antipodes de la relation de confiance

Plus ça va, plus le patient devient revendicateur, indiscutablement.

Le Français [...] est devenu un assisté.

C'est un assisté de la sécurité sociale, c'est l'assisté de bénéfices de soins de toute nature. Et à ce titre-là, c'est devenu pour lui un droit, d'être assisté. (E05)

Je trouve que c'est tuer la relation que de faire un tiers payant. Parce que les gens, ils viennent et... Et c'est ça qui vous transforme en prestataires de services. (E09)

Ça vient du patient, hein, qui peut avoir un avis superficiel sur la relation médecin-malade. Un peu comme un commerce, on va voir un médecin parce qu'on a besoin de ci. Si ça marche pas, on frappe à la porte de l'autre... (E05)

Surtout à l'heure actuelle. Avec les CMU, etc., si vous ne le leur donnez pas ce qu'ils veulent avoir, bon ben ils changent. (E18)

4.3 Une inversion des rôles décideur-exécutant mal vécue par les médecins

De nos jours, c'est le patient qui est très demandeur : de tel type d'examen etc. C'est lui qui vient en demandant. Je viens pour avoir un scanner du genou.

Je prends un crayon que je mets derrière mon oreille, comme l'épicier, (il joint le geste à la parole) et je leur dis : « aujourd'hui c'est quoi pour vous ? »

On devient un objet de consommation. (E10)

Je pense qu'il y a une grosse frustration.

Parce que c'est le refus de nos connaissances, quelque part. Si vous venez chez moi, ce qui arrive très souvent, et vous me dites : j'ai une angine, j'ai besoin de ça. Ça, ça m'énerve profondément, quoi. (E09)

C'est eux qui demandent la plupart du temps. C'est pas nous qui proposons les choses.

Ça nous agace. Vous comprenez. On commence à en avoir assez. Marchandage, comme ça. C'est plus de la médecine. C'est plus de la bonne relation. (E18)

4.4 Les facteurs qui protègent de cette dévalorisation

4.4.a Le suivi au long cours dans le cadre du statut particulier de « médecin de famille » est un élément fort qui met à l'abri de la détérioration de la relation

Peut-être d'autres médecins diraient les choses différemment, mais... Je pense avoir gardé cet esprit de médecin de famille.

Ce qui fait que la remise en cause du médecin etc. tout ça, moi personnellement, je ne l'ai pas vraiment ressenti. Justement : l'autorité médicale qui a tendance à s'estomper etc. Moi, je ne l'ai pas senti. C'est toujours un petit peu la même image du médecin de famille, qui reste. Et ça je crois que c'est une chance aussi. (E04)

Ben le statut du médecin est moins, certainement, revalorisé qu'à une certaine époque. Je pense. Maintenant, bon, quand on est un médecin de famille, on développe quand même un relationnel important.

Ça c'est quelque chose que toute l'évolution de la médecine, administrative, ne pourra jamais nous enlever. (E14)

4.4.b En médecine de campagne, la considération du médecin généraliste semble aussi préservée

Surtout dans les villes. Je pense que dans les villages on a encore cette relation avec le médecin de famille, et le respect, voilà, de la personne, de la profession. (E03)

Ben, je le lis beaucoup dans les articles.

Ils disent que les gens sont plus procéduriers, sont plus exigeants, sont plus ceci, plus cela.

Moi je ne le vois pas trop. [...] Il y a encore beaucoup de médecine, un peu rurale, comme j'ai vu quand j'ai fait des remplacements en 1980. (E12)

Le ressenti négatif des médecins généralistes sur l'évolution de leur statut, de leur reconnaissance par la société, est rapporté ci-dessus avec des mots forts. Cette évolution, mal perçue, se cristallise en rejet avec une certaine violence. Parfois les praticiens arrivent à prendre du recul sur leur malaise, et verbalisent le fait qu'ils éprouvent de la frustration. D'autres fois, c'est le récit des réactions émotionnelles vives qui nous laisse percevoir cette frustration. On retrouve le champ lexical de la rancœur, ou au contraire de la résignation nostalgique. Le sentiment de tristesse est intense, comme si, s'étant identifiés à leur fonction professionnelle avec force, les médecins se sentaient personnellement dévalorisés par cette dégradation ressentie.

Notons par ailleurs que concernant les aspects administratifs, la généralisation du tiers payant est clairement identifiée comme une perte de chance pour l'établissement d'un certain type de relation médecin-patient, défendu par les médecins interrogés, qui affirment avoir connu une médecine générale différente par le passé. D'après la future loi de santé publique, dévoilée ce 19 Juin, le législateur ne semble pas avoir tendu l'oreille aux arguments de ces médecins. En sera-t-il de même pour le reste des réformes concernant l'organisation du Système de Soins ?

On voit les rapports de force de la relation médecin-malade mis en scène dans le discours des praticiens interrogés qui dénoncent un renversement des rôles au détriment de la Santé Publique, de la reconnaissance du médecin, et d'une relation thérapeutique saine.

Enfin, certains praticiens revendiquent l'étiquette de "médecin de famille", ou d'autres, de "médecin de campagne". Ces caractéristiques sont mises en avant, avec fierté, comme facteurs protecteurs de la reconnaissance envers le médecin généraliste. Se dessine en filigrane la défense d'un modèle de pratique plus exigeant (il faut être plus disponible, ou plus corvéable) mais plus satisfaisant sur le plan personnel : valorisation par le retour des patients, donc dans le lieu de la relation justement.

5. L'organisation des soins en pleine mutation

L'évolution rapide de la place du médecin généraliste dans l'organisation du Système de Soins modifie le rapport des praticiens à leur profession et à leurs patients. Le parcours de soins coordonnés est vécu positivement, mais la restructuration de l'offre de soins a dépossédé la médecine générale de nombreux actes techniques. Une notion apparaît au fil des entretiens : « la nouvelle

génération », qui exercerait une médecine différente où la relation médecin-patient est moins forte. Le temps accordé à une consultation, déterminant pour la relation, est lui-même discuté.

5.1 Médecin traitant déclaré

5.1.a Le médecin généraliste a un rôle naturel de coordination lorsque le patient s'y réfère pour des explications et une aide à la décision

Il y a un problème, on les envoie chez le spécialiste, ils reviennent. Et en fait, ils n'ont pas donné de réponse au spécialiste. Et ils disent « bon, Docteur, on va en parler ensemble : qu'est-ce que vous en pensez, vous? » (E01)

Ils viennent nous voir après avoir vu le spécialiste [...] souvent, pour avoir des explications, pour savoir quelle est la conduite à tenir... (E19)

Ils me prennent comme un vrai médecin traitant. Qu'ils ne me prennent pas comme un distributeur de courrier pour d'autres services ou spécialités ! (E11)

5.1.b La déclaration de choix du médecin traitant est globalement vécue positivement par les MG

Au fil des années, on s'est aperçu que le médecin de famille, le médecin traitant [...] était resté LE médecin fédérateur qui devait impérativement s'occuper de son patient. Et l'adresser à qui de droit.

Et je pense [...] que le décret d'être obligé de choisir un médecin traitant avant d'aller voir un spécialiste est une très bonne chose. (E16)

Le parcours de soins en lui-même [...] a bien arrangé la relation, effectivement. Le fait de formaliser la déclaration de médecin traitant. C'est quand même pas mal, ça. Je trouve que c'est pas désagréable de signer ce papier, finalement. (E20)

5.2 Moins d'actes techniques

5.2.a De nombreux médecins généralistes ne réalisent plus certains gestes, contraints par l'évolution de la vision de la médecine générale par le public et la judiciarisation croissante.

Moi, je souffre de ne plus faire d'actes cliniques.

Je n'en fais plus parce que, presque, c'est suspect aujourd'hui. J'ai eu des incidents comme ça... C'est pas au médecin généraliste d'aller faire un toucher vaginal. C'est pas au médecin généraliste d'aller voir une prostate. (E04)

Quand même c'était valorisant de faire ces examens-là. C'était de la belle médecine, de la vraie médecine. (E04)

Maintenant, avec les réglementations, les procédés divers et variés, et le sens de la responsabilité des confrères...

Un confrère qui [...] me dit : je ne fais plus de toucher rectal. (E07)

5.2.b Les actes d'urgences sont moins assurés par le médecin généraliste habituel mais plutôt par des structures dédiées, ce qui change le rapport au patient

Ils vous disent, par exemple, j'ai appelé SOS médecins, je sais que vous devez vous reposer. Par contre, passez me voir demain matin. Je suis moins dérangé. La nuit, pratiquement plus. (E17)

Il fallait intervenir tout de suite.

Et à partir de ce moment-là, que le patient pouvait compter sur des soins rapides, et bien cela crée évidemment un climat favorable.

Moins maintenant, parce que l'urgence... Le patient maintenant file aux urgences, hein. (E05)

5.3 La « nouvelle génération »

5.3.a Lorsque les médecins expérimentés défendent une médecine « à l'ancienne » par rapport aux transformations qu'ils identifient chez « les jeunes », c'est en premier lieu la force de la relation médecin-patient qui est invoquée

Les jeunes générations sont souvent des techniciens, comme ça, un petit peu froids dans l'abord du patient. Alors que les vieilles générations, [...] c'était plus, encore une fois : la relation humaine. (E04)

Avec les jeunes, enfin dans l'ensemble, ils sont plus dans le zapping. Dans le dépannage.

Ils n'ont pas cette relation du médecin traitant. Le médecin de famille. Ça, je pense qu'on fait partie... Je pense qu'on est des dinosaures. (E13)

5.3.b La médecine actuelle privilégie les examens complémentaires au diagnostic clinique

Je crois que les jeunes médecins ne font plus d'examens avec leurs mains, ou très peu. Surtout s'ils sont un peu délicats. (E04)

Tous ces moyens faciles que l'on a maintenant... Pour un oui pour un non, on fait des I.R.M. Non. On a l'air, en faisant ces examens, d'éviter un travail intellectuel clinique de diagnostic.

Alors ces jeunes médecins, je vois : tout de suite on fait faire des examens, parfois combien inutiles... Enfin. (E05)

La médecine évolue. Elle est plus technique. Maintenant, quand on rentre quelque part, voir un médecin, on ressort avec tout un bilan, un scanning, qu'on ne faisait pas. Nous au début on était plutôt chiche sur les explorations, hein. Maintenant, scanner d'emblée ou IRM d'emblée.

Bien ou mal, je sais pas ça. Mais c'est l'évolution, c'est comme ça. (E10)

5.3.c La nouvelle génération investit moins de temps de présence et de disponibilité, ce qui peut être interprété comme une trahison envers la profession-vocation ou une opportunité d'émancipation à saisir

La nouvelle génération doit se donner entièrement à son métier, à la passion Et ça malheureusement... Cette nouvelle génération qui se dirige plus vers un fonctionnarisme, que l'abandon de soi-même en permanence, en tant que libéral. Elle était belle la médecine libérale, mais maintenant... (E05)

Il fallait être là tout le temps.

On ne peut plus vivre les vies qu'on a vécues, nous.

Les jeunes, vous ne pouvez pas accepter ça, c'est plus possible.

Il faut [...] que la société apprenne, que le médecin [...] a un certain devoir, mais il a aussi un droit. À la famille. À l'amitié. Et à tout. (E09)

5.4 La durée de la consultation

5.4.a Une bonne écoute suppose de savoir donner de son temps malgré les contingences

Prendre le temps de les écouter, malgré la bourre, ça ils apprécient (E17)

Il faut énormément écouter les gens parce qu'ils ont des tas de choses à dire. Même si c'est un petit peu long quelquefois. Mais c'est quand même important.

Prendre le temps, ou faire attendre les autres quand il y en a un qui a vraiment besoin de vous (E19)

Il faut prendre le temps dans ces cas-là. C'est-à-dire : donner du temps. (E02)

5.4.b Pour certains, ceux qui voient trop de patients n'ont pas le temps de développer la relation

Je ne peux pas dire que l'on ne peut pas faire de la bonne médecine en ayant des consultations courtes ; je veux dire que, au niveau de la relation, [...] c'est beaucoup plus évident d'être proche de son patient quand on a le temps. (E03)

Mais le généraliste qui voit 50 ou 60 patients, enfin y'en a plus beaucoup maintenant, il peut pas les écouter comme il faut, quoi. (E06)

Beaucoup d'écoute. Donc ça veut dire qu'il faut un petit peu de temps au départ, oui. Parce que dans une consultation courte c'est très très difficile. (E03)

5.4.c Le temps de l'écoute, c'est un défi que doivent relever « les jeunes »

Il faut prendre du temps. Et ça, ça va être le gros problème de votre génération. Franchement je sais pas comment vous allez faire. Parce que : ou bien vous êtes les dindons de l'histoire, et vous gagnez pas votre vie, ou alors... Je sais pas comment vous allez faire. Mais je vous fais confiance, vous saurez sûrement vous adaptez. Mais moi j'aurais du mal avec ce nouveau système, hein. (E01)

Je faisais des consultations longues. Parce que j'ai toujours été en secteur deux, etc. (E07)

Après, je comprends le médecin qui vient de s'installer, qui a des frais. À 23 € la consultation, il est obligé, peut-être, de faire du chiffre. Mais est-ce que, oui, vraiment, il est tant obligé que ça ? Je ne sais pas.

Moi je dis : prenez du temps ! (E15)

On note que les médecins interrogés considèrent comme valorisant le rôle d'expliquer aux patients, parfois de les convaincre ou de les aider à décider. Ainsi lorsque ce rôle est déprécié, par exemple par des comportements de certains patients, cela est mal vécu. Concernant la décision des autorités de santé d'instaurer un médecin traitant déclaré, on sent chez les médecins des réticences liées au changement, en particulier imposé par une Haute Autorité. Cependant ce parcours de soins centralisé est sincèrement salué, en ce qu'il valide une mission que les praticiens identifient comme positivement associée à leur responsabilité.

On retrouve dans les propos recueillis des regrets sur l'appauvrissement des domaines couverts par la médecine générale : c'est la nostalgie de l'omnipraticien. Comme toute nostalgie, elle semble ignorer les avantages de la nouvelle organisation. Certains reconnaissent tout de même l'amélioration de la prise en charge des urgences par des structures adaptées, mais d'autres soulignent l'affaiblissement de la relation qui peut en découler.

« La nouvelle génération ». Voilà un terme qui, s'il figure à la fin de notre guide d'entretien, a le plus souvent été utilisé assez tôt dans l'entretien par le médecin interrogé lui-même. Nous considérons son occurrence comme fréquente. Cette expression semblait recouvrir des contenus sous-entendus qu'il a parfois été difficile de faire expliciter aux médecins interrogés. Nous nous y sommes cependant efforcés, et les contenus mis au jour nous ont paru riches et surprenants. Ils semblent révéler un matériau condensant des émotions négatives et violentes, qu'on pourrait interpréter comme provenant d'une frustration ou d'une peur. Le point de vue psychosociologique permet d'avancer l'hypothèse que l'utilisation du terme « génération » fait référence au cycle de la vie. D'une part la médecine est une famille et les patriarches vivent mal l'impression de n'avoir pas transmis leurs valeurs à la descendance. Cette notion de génération familiale sous-entend d'autre part le cycle des naissances et de la mort. La peur de la retraite est parfois clairement explicitée par les médecins interrogés. Cette « nouvelle » génération serait-elle celle qui met les anciens au rebus ? Ils s'en défendent avec vigueur, opposant leurs pratiques avec celles de la nouvelle génération de façon quasi-systématique. Les messages encourageants sont eux-mêmes assez précautionneux et exprimés à titre personnel (peut-être leurs auteurs ont-ils eu des déconvenues, par le passé, lorsqu'ils exprimaient ces idées sans ambages).

Enfin concernant la durée d'une consultation, nous avons été surpris de trouver une unité des points de vue. En effet, quelque soit son secteur conventionnel ou la durée moyenne de ses consultations alléguée, le praticien met en avant l'importance de l'écoute, et de savoir « donner du temps » lorsque c'est nécessaire. Si les praticiens ont bien tous à l'esprit que pour une profession libérale le temps c'est de l'argent, on remarque que le plus souvent le temps est considéré comme concédé aux besoins du patient, et ce n'est qu'exceptionnellement que le temps est envisagé comme un luxe que le praticien s'accorde pour son propre confort.

Partie B : Comment naît la relation de confiance

La relation de confiance est une notion forte. Nous avons été surpris par la fréquence des occurrences de ce terme, alors même qu'il ne figure pas dans le guide d'entretien. Le mot 'confiance' regroupe cependant des acceptions diverses et il est invoqué dans des contextes parfois divergents.

On retrouve deux modèles de la genèse de cette relation de confiance. Elle est le résultat d'une construction qui s'inscrit dans la durée ou elle dépend des affinités naturelles entre le médecin et son patient. Il est à noter que ces deux modèles sont parfois exprimés par un même médecin interrogé.

1. Construction dans le temps

Nous regroupons ici les citations qui laissent penser que cette relation de confiance se construit dans la durée, avec des moments clé, et par la notion de médecin de famille.

1.1 La confiance : se donner le temps

1.1.a **Le médecin ressent cette nécessité qu'a le patient d'être dans le cadre d'une relation au long cours pour que se crée les conditions de la confiance**

Pour ça, il faut avoir des patients, quand même, justement depuis un certain temps. Pour qu'ils sentent : ils te connaissent, ils savent que lorsque tu leur demandes de faire quelque chose, c'est comme si tu le faisais pour toi. (E01)

La confiance, il faut du temps pour l'obtenir. (E07)

Après, à quel moment je me suis rendu compte que la relation de confiance était très forte ? Un exemple ? (Soupir) Mais alors, j'ai pas d'exemples précis, parce que en fait ça, c'est un peu du quotidien. Quand effectivement il y a autant d'ancienneté et d'expérience... [...] « Il y a des révélations quotidiennes. » (E04)

1.1.b **Le médecin exprime que, de son point de vue aussi, c'est dans la durée que s'établit une relation de confiance :**

On a une relation de médecin traitant, de suivi... Oui, ça se construit. La confiance, c'est indispensable, aussi bien d'un côté que de l'autre. (E13)

C'est amusant parce que j'ai des gens qui sont venus me voir pour la première fois, et qui en cours de consultation me disent : vous savez j'ai confiance en vous, Docteur. Alors ça, c'est la pire des choses, parce que c'est faux. C'est manifestement faux. Comment voulez-vous qu'une confiance s'établisse au bout de 10 minutes de conversation ?

Ça se dit, après 15 ans de compagnonnage, ou quelques mois au moins. Quelques mois ou quelques années. Mais pas comme ça, quand on rencontre les gens. (E07)

Si c'est un patient que je connais depuis 30 ans, on va immédiatement être en relation. Si c'est un patient nouveau, il va falloir un petit peu voir, le laisser parler. (E15)

1.2 Circonstances particulières qui participent à la construction de cette confiance

1.2.a Les épreuves partagées renforcent la relation médecin-patient

Il me semble que les patients que j'ai depuis longtemps, à qui j'ai proposé des choses lourdes : des opérations, des exérèses de tumeur, etc. des trucs comme ça. Ils m'ont suivi plus souvent que ceux qui venaient me demander un truc, juste comme ça. (E07)

Avec des patients avec lesquels on a passé des moments difficiles : que j'ai fait opérer, que j'ai fait stenter, ou peu importe, hein. Et qui sont guéris. À partir de ce moment-là, on est... Ouf. C'est comme après la tempête. Le calme après la tempête, hein. On est plus relax, plus détendus. Ça va beaucoup mieux. (E16)

L'exemple qui me vient aussi en tête, c'est quand on est en fin de vie chez des parents, avec les enfants qui sont là.

Il faut pas raconter d'histoires ou ceci ou cela, toujours rester dans la vérité. Leur faire prendre conscience de la situation. Leur expliquer ce qu'on va faire. S'ils sont d'accord avec ce qu'on va faire. Et là, il se crée un lien particulier. (E02)

Ce patient-là sentait qu'il allait partir. Et chaque fois qu'il venait me voir c'était pour discuter avec moi de ça, de ce passage etc. C'était très très particulier. Très fort. Très puissant.

Et souvent dans les cas de fin de vie, tu as des discussions très profondes : sur la spiritualité, sur pourquoi on est là. Et on va faire souffrir la famille... Et donc ça va bien plus loin que la consultation médicale pure. (E04)

1.2.b Les contacts répétés dans la durée sont autant d'occasions pour le médecin de faire ses preuves pour que s'établisse la confiance

On doit faire ses preuves.

C'est-à-dire qu'on est testé en permanence, je pense. Mais surtout au début. Après, la confiance s'établit. Et je pense qu'une fois que la confiance est établie, il faut vraiment de gros gros gros soucis pour que ça se détruise. Ça peut être un peu à vie, je pense. (E20)

C'est-à-dire que quand on commence, au début, on lui fait des examens. On lui prouve ce qu'on lui a dit. La deuxième fois, on lui reproche ce qu'on lui a dit. Il comprend, au bout d'un moment il comprend. Et après quand on lui dit quelque chose, il l'accepte. Et après, même si on sort de cette pathologie, et qu'on lui explique autre chose dans un autre domaine, il l'entendra mieux. Voilà. (E02)

Parce que si on vous prend en défaut, tout de suite, il y a moins de confiance, ils deviennent suspicieux ou changent carrément de médecin. Ça peut arriver. (E19)

1.2.c Le secret partagé crée un lien

Des gens viennent exposer leur propre intimité, et à ce moment-là on crée un lien. Il y a une maladie intime que la personne a attrapée quelque part. Et comment le faire valoir dans le couple ?

La personne qui a transmis cette chose-là, et que personne ne sait. Nous deux, seulement, le savons. Et donc là, il y a un lien particulier qui se crée, qui traîne après avec le temps. (E02)

À chaque consultation, on repart à zéro. Ou alors il faut vraiment qu'il y ait eu des événements graves, je veux dire. Quand je vois une personne, dont un des enfants a été incarcéré, des choses qu'elle m'a confiées, que je sais, que je ne peux pas oublier. [...] Ou des choses comme ça. (E11)

1.3 La notion de médecin de famille au cœur de cette relation forte

1.3.a La notion de médecin de famille est identifiée comme source de lien pérenne

Ça, ça crée le lien, si vous voulez. Moi, j'ai des vieux, j'ai leur fils, j'ai les petits-fils, j'ai toute la famille. (E17)

On connaît la famille. On connaît leurs filles. On connaît leurs problèmes professionnels, on connaît tout ce qu'ils ont pu avoir. Et ça, ça crée un lien important. (E14)

Ce qui compte dans la relation médecin patient, c'est la connaissance du tissu familial et social.

On s'intéresse à la vie familiale, à la structure familiale, à la problématique... C'est-à-dire qu'on n'est pas là QUE pour régler le problème médical immédiat.

La connaissance de la famille. Ça, ça se construit progressivement. (E10)

Ils arrivent avec un avantage. Ils connaissent le médecin. Parce que je les ai vus petits. Et moi j'arrive avec un avantage, je connais la famille. Voilà.

Le maître mot que tu vas retrouver dans toute notre discussion c'est « médecin de famille ». Et voilà. Avec la pérennité. C'est dans le temps. C'est dans le temps de toute façon. Ça va durer dans le temps. (E03)

1.3.b L'exercice en milieu rural est parfois évoqué

Il y a cette notion de médecin de famille qui reste un petit peu encore présente en médecine de campagne.

On a les familles, on voit les parents, les grands-parents, les petits-enfants... Ils vous font spécialement plus confiance. (E19)

Je soigne trois, voire quatre générations dans la même famille, hein. De la grand-mère qui a 95 ans jusqu'au petit qui a cinq ans.

Et puis c'est un village, D. [commune où exerce l'interviewé]. Les jeunes entre 30 ans, je les ai tous recousus une ou deux fois, quand ils tombaient... Donc là, il y a un véhicule commun. (E12)

1.3.c La fidélité des familles est aussi vécue comme une marque de reconnaissance par le médecin traitant, ce qui participe à la force du lien

Du coup on a l'impression un peu de faire partie de cette famille-là, parce qu'on voit les grands-parents, les enfants, les petits-enfants, les arrière-petits-enfants. Et c'est très gratifiant, parce qu'ils nous font l'honneur de venir, d'être fidèles au cabinet. (E04)

Moi, je sais, j'ai des jeunes filles que j'ai vu naître, à la maternité. Qui maintenant sont mamans. Je soigne les grands-parents, les parents, elles, leurs enfants, leurs maris. Bon, ça, c'est un truc qui est merveilleux. (E14)

Dans le discours des praticiens interrogés, la confiance est associée à la réciprocité. La relation de confiance est ici décrite comme un rapport entre le médecin et le patient qui devient de plus en plus confortable avec le temps, pour l'un comme pour l'autre. On repère le champ lexical de l'empathie, voire de l'identification. Tout se passe comme si le médecin commençait à se sentir en confiance lorsqu'il devenait possible pour lui de se représenter le patient comme son alter ego.

Cette confiance réciproque est à la fois construite par les épreuves partagées, et rend possible de partager des choses fortes. On retrouve ces deux éléments de discours mêlés dans les propos recueillis, le plus souvent au travers d'anecdotes ou d'exemples. D'autre part, concernant la démonstration que fait le médecin de ses aptitudes envers le patient, des éléments contradictoires sont accolés dans un même discours : ainsi « on est testé en permanence » est tout de suite suivi de « une fois que la confiance est établie, [...] ça peut être un peu à vie ». Ces oppositions peu conciliables laissent penser que ce thème de l'évaluation de ses compétences par le patient est vécu par le médecin comme sensible et chargé d'émotions.

Enfin, le statut de médecin de famille et celui de médecin de campagne sont de nouveau fortement revendiqués par certains praticiens interrogés. On remarque l'accumulation de locutions telles que « moi, je », comme pour marquer une distinction avec d'autres façons d'exercer la médecine générale, qui ne s'inscriraient pas dans cette temporalité des entretiens répétées sur le long terme.

2. Les affinités naturelles

A l'opposé de la notion de construction dans le temps, certaines assertions évoquent le rôle important des affinités, qui peuvent parfois se jouer au premier coup d'œil. Apparaît alors toute l'importance d'une relation choisie, dans le cadre du libre choix du médecin traitant par le patient.

2.1 Les affinités entre le médecin et son patient

2.1.a Certaines citations insistent sur la première impression

La relation, elle se construit le premier jour. À la première consultation, hein. Il se crée quelque chose. Il se crée un lien. (E17)

L'entrée dans le cabinet, voilà. Je pense que c'est ça qui joue. Et que, on voit tout de suite si les gens ont une attitude fermée, ou ouverte.

Quand ils franchissent la porte et dès les premiers échanges.

Et je pense, à l'inverse également, le patient voit comment il est accueilli, et se fait une idée de son médecin. (E10)

Quelquefois, on gagne l'un et l'autre à mieux se connaître, ça c'est possible, ça peut arriver. Souvent, la première impression reste, quand même. (E11)

2.1.b Les affinités réciproques semblent un critère important de bonne relation

Moi, j'ai des patients qui me sont antipathiques. Alors qu'ils ne m'ont jamais rien fait. Mais, je ne sais pas, j'ai plus de mal à établir une relation avec eux. Et puis il y en a d'autres où ça viendra beaucoup plus facilement. (E15)

Je pense que c'est un problème de feeling.

Parce que bon ils ont sûrement testé un autre médecin. Je pense que c'est, oui, c'est d'un individu à un individu. (E19)

Et on sent parfois dans la relation avec un patient, qu'on le connaisse ou qu'on le connaisse pas, il y a quelque chose qui accroche et qu'on apporte quelque chose. (E05)

2.1.c Cette relation élective, appréciée par les médecins interrogés, n'est cependant pas recherchée par tous les patients

Je vois bien dans les mutuelles et tout ça : [...] il y a des clientèles qui sont pas du tout attachées. Parce qu'il y a le médecin qui est attaché à ses patients et l'inverse. Mais il y a aussi des patients qui en ont rien à foutre hein, que ce soit X. [se cite lui-même] ou un autre. (E01)

La plupart, ils ont la CMU. Etc. Alors ils viennent pour un oui ou pour un non, et puis s'ils ne vous trouvent pas, ben ils vont voir un autre médecin. Sans problème. C'est pas ça qui les dérange, quoi. (E18)

2.2 Une relation choisie

2.2.a Le fonctionnement relationnel propre au médecin doit être en adéquation avec les attentes du patient

Moi je suis quelqu'un d'assez optimiste. Donc, ça peut ne pas leur plaire. J'ai eu cette confrontation avec des patients : je souris. Pourquoi vous souriez ? Voyez, un petit peu...

D'autres vont m'apprécier parce que justement, ils vont arriver inquiets, et je vais trouver les mots pour les rassurer. (E13)

Moi, les gens qui ne m'aiment pas, ce sont des gens où, par exemple, j'ai été trop ferme. Par exemple, je vais trancher, et ça ne convient pas. (E13)

Vous ne pouvez pas plaire à tout le monde. Vous avez une façon de faire qui plaît ou qui ne plaît pas. Point.

Après, bon, moi c'est vrai que je suis plutôt un médecin optimiste, décontracté, qui aime bien plaisanter, etc. etc. Bon, il y en a qui n'aiment pas. Bon, ceux-là vous ne les voyez plus. (E17)

2.2.b Cette adéquation construit pour chaque médecin une patientelle différente

La clientèle c'est le miroir du médecin. (E01)

Regarde : il y a cinq médecins dans le cabinet, il y a cinq personnalités différentes. Donc chacun a une approche très différente avec ses patients.

Les médecins ne sont pas remplaçables. Je crois qu'on a chacun une clientèle à notre image. Enfin à notre image, du moins qui nous correspond. (E10)

Vous avez des gens qui sont venus une fois, ben ils reviendront pas, quoi. C'est, parce que bon, je ne leur plais pas. J'ai pas une tête qui leur revient. Ou j'ai une voix forte, ou autre... Ou alors, je leur dis des vérités qu'ils n'aiment pas. C'est tout. On a la patientelle qu'on mérite. Qu'on se fait. Si on l'a, c'est qu'on la mérite, et qu'on se l'est faite. (E18)

2.3 De l'importance du libre choix

2.3.a Le libre choix est vécu comme un facteur positif du système de santé actuel

Je crois que ce qui fait la richesse du système français, c'est justement cette grande variabilité. C'est-à-dire que, de toute façon, on ne peut pas être tous pareils.

Il y a des tas de types de caractère, donc c'est bien qu'il y ait autant de types de médecins différents. Pour que chacun, s'adapte à son type de caractère. (E08)

Tant que le patient a le choix du médecin. Quand il n'aura plus le choix, ce qui est une tendance qu'on est en train de prendre... J'ai l'impression par exemple qu'en Allemagne les gens n'ont pas trop le choix, en Angleterre non plus, donc voilà quoi. -Alors, à ce moment-là, qu'est-ce que cela peut poser comme problème, en particulier au niveau de la relation ?

-Eh bien justement. Une inadéquation entre le cerveau du patient, et la forme d'explication du médecin. [...] Un mauvais suivi des traitements, une mauvaise compréhension, une insatisfaction qui naîtrait auprès du patient, et même du médecin, d'ailleurs. (E07)

2.3.b Certains plaident pour la pérennité de la relation avec le médecin choisi

Je dirais ce qui m'inquiète, c'est dans le système de la médecine nouvelle qu'on va avoir - maisons médicales, des choses comme ça - le malade n'aura plus le même médecin. Et c'est ça qui m'inquiète, c'est-à-dire que cette relation ne va plus exister. Il s'agit pas de la valeur des jeunes médecins. Mais, la petite étincelle qui met la relation entre le médecin et le patient, peut-être, n'existera plus. (E01)

Dans la sous-partie précédente nous avons noté le rapport entre construction de la confiance et réciprocité avec le patient. De la même façon, pour le rôle des affinités interpersonnelles et l'importance de la première impression, on retrouve dans le discours des médecins une présentation symétrique des rôles : sur ces aspects, le médecin ne se place pas au-dessus du patient. Comme on le serait dans la vie personnelle, au gré des rencontres, le praticien est à la fois ouvert à la découverte de ce qui va l'intéresser en l'Autre, et concerné ou inquiet du regard que l'on portera sur lui. Il vit d'ailleurs avec déception le refus d'une relation rapprochée par certains patients non enclins à un engagement de fidélité.

La relation choisie : c'est une des caractéristiques qui permet de comprendre la relation médecin-patient décrite par les praticiens interrogés. Ils mettent en avant les caractéristiques intimes, la personnalité même du médecin. Mais cet engagement de l'être intime du médecin dans la relation ne serait possible que grâce à cette notion de relation choisie. En effet le médecin peut être naturel, sans avoir peur d'être jugé négativement, justement parce qu'il sait que les patients qui restent, ceux qui forment sa patientèle, sont ceux qui l'ont choisi, tel qu'il est ou pour ce qu'il est. Il est "le bon médecin" pour ses patients, parce qu'ils ont eu la possibilité de le choisir : c'est un ressenti qui semble aider les médecins interrogés à surmonter les remises en question qui se présentent dans la relation avec certains malades.

Sur la question du libre choix du médecin traitant par le patient, les médecins interrogés présentent un discours structuré et réflexif : contrairement à d'autres thèmes sur lesquels nous n'avons recueillis que des anecdotes ou des réactions émues, on constate ici qu'une théorisation est disponible chez les médecins interrogés, et ils la livrent facilement lors des entretiens. Le libre choix est un sujet important pour ces médecins, sur lequel une réflexion aboutie a été élaborée et qu'ils sont prêts à défendre.

Partie C : Rôle de la relation au long cours sur l'efficacité thérapeutique

La partie précédente nous a amenés à considérer que la relation au long cours était globalement associée à un lien médecin-malade fort, d'une part parce que ce lien se construit au cours des années, d'autre part en ce que la durée du suivi témoigne d'un choix volontaire garant d'une certaine adéquation.

Intéressons-nous désormais à l'efficacité thérapeutique elle-même. D'après les médecins interrogés, est-elle influencée par la durée de la relation de soins et si oui, est-ce toujours dans le sens d'une meilleure efficacité lors d'un suivi au long cours ?

1. Meilleure efficacité médicale dans certains domaines

L'influence d'une relation longue sur l'efficacité de la mission de soin est ressentie par les médecins généralistes comme globalement positive et importante, en particulier de par une amélioration de l'observance. Ce rôle positif est bien identifié surtout pour les troubles fonctionnels et sur l'effet « remède médecin ». Par contre, concernant la prise en charge psychologique et les éléments intimes livrés par le patient, le rôle de la relation au long cours est plus nuancé selon les praticiens interrogés.

1.1 Le suivi au long cours pour mieux soigner

Il y a une ouverture qui existe dans la relation médecin-patient, à partir du moment où on se connaît depuis longtemps, et qui facilite les choses. (E05)

Les patients anciens, ils font confiance au médecin. (E18)

On peut avoir des situations graves dans lesquelles le fait d'avoir une relation depuis longtemps avec le patient va aider. Va aider à soigner les gens. (E20)

1.2 Amélioration de l'observance par la durée du suivi

1.2.a Une relation de confiance qui se construit dans le temps permet une meilleure observance du patient

Je pense qu'on a plus de poids quand on le connaît depuis longtemps, que quand on est un nouveau venu, qui fait irruption dans la vie du patient.

La confiance est plus grande quand on se connaît depuis longtemps. (E07)

Il y a une meilleure adhésion ensuite des projets thérapeutiques etc. Ça marche bien, les gens font ce qu'on leur demande. Bon, il y a une relation de confiance qui est derrière tout ça. (E04)

Dans tous les trucs, on vous dit : « Sachez bien que vos patients ne prennent pas vos médicaments ! »

Mais je suis vraiment convaincu qu'ils suivent mes traitements : mais à la LETTRE, quoi ! Sauf quelques exceptions évidemment.

Ça, si c'est pas un rapport de confiance avec ton médecin ! (E01)

1.2.b La connaissance réciproque permet aussi d'améliorer l'observance

On connaît leur habitude dans leur façon de voir, on connaît leurs réactions vis-à-vis de leur traitement, vis-à-vis des médicaments. Donc c'est plus facile à ce moment-là de diriger un traitement, en tenant compte de leur façon de poser les choses. (E05)

Je sais ce qu'ils veulent. Je sais comment ils sont. Enfin quand on connaît quelqu'un, c'est plus facile (E08)

Je pense que quand on connaît bien son patient, on peut arriver à une observance meilleure. (E03)

1.2.c Cette meilleure adhésion du patient s'observe jusque sur les questions d'abstinence thérapeutique

L'avantage sur l'efficacité thérapeutique, c'est qu'ils acceptent ce qu'on leur dit : on peut être impuissant dans le traitement, ils acceptent la situation. Ce qu'ils n'accepteraient pas chez un autre médecin en disant « il n'est pas capable de soigner ».

Ils acceptent d'entendre « je ne peux rien faire de plus ». (E02)

Mais, la relation était forte aussi parce qu'il a accepté à peu près tout ce que je lui ai proposé.

Et même, à la fin, c'était, je pense, la décision la plus douloureuse, c'était de dire : bon ben, là vous savez, on va rien faire de plus.

On va laisser évoluer la maladie et le cours des choses. Et donc, ça, il a réussi à l'accepter. (E08)

1.2.d Cependant le gain sur l'observance n'est pas franc concernant la question délicate des changements de comportements

Essayer de motiver les gens pour s'arrêter de fumer, s'arrêter de boire, ou d'utiliser les drogues. On peut essayer de le toucher parce qu'on connaît la famille.

Mais... (Souffle) C'est assez compliqué.

Il faut essayer de leur demander de faire des petits efforts. Oui. Mais, bon.

En fait, on se rend compte que ce n'est pas réalisé. (E19)

Le patient qui vient depuis très longtemps, quand ça fait 30 fois que je lui dis qu'il faut faire gaffe à son poids, ou qu'il faut qu'il bouge un peu plus, à la limite il se dit, il me dit tout le temps pareil, mais bon, j'en tiens pas compte... Vous voyez ? C'est peut-être lui qui va moins bien écouter ce que je dis. (E15)

Je pense qu'on est désespérément inefficace. Quelle que soit la relation qu'on a avec le patient. Qu'elles soient anciennes ou récentes. Parce que bon, quand c'est une relation ancienne, et ben, on rabâche. Ils savent par cœur. Et quand c'est une relation récente, ils vont dire : ben, on vient à peine de faire connaissance et déjà il me casse les pieds avec ça. (E20)

1.3 Prise en charge des troubles fonctionnels et effet placebo

1.3.a La relation au long cours est identifiée comme un facteur positif fort dans les troubles fonctionnels

-Bien sûr, c'est le meilleur traitement, la relation. Dans la maladie fonctionnelle.[...]
 On lui dit : c'est rien, c'est pas grave. [...] Il est rassuré parce qu'il est sûr de ce qu'on lui dit. Quand il y a la question de confiance, quand la confiance existe.
 -Et justement cette confiance, comment on fait pour la faire naître ?
 -C'est avec le temps. (E02)

On n'ira pas faire des I.R.M., des scanners, pour un petit problème de douleurs abdominales. Parce qu'on sait que c'est une somatisation classique, pour cette jeune femme, qu'on avait vu, qu'on connaît. Qui est déjà venue pour ça...
 Ah oui, on gagne du temps. Et puis en efficacité. Voire même sur le plan économique. (E04)

Je pense que la psychosomatique, c'est plus de 60 % de nos consultations. Parce qu'il y a des gens qui vont nous voir parfois, simplement pour dire qu'ils ne sont pas bien. Parce qu'ils savent qu'on va les écouter. Et ils n'iraient pas voir un remplaçant.
 Ce qu'ils attendent, c'est la relation avec le médecin. Avec LEUR médecin. (E14)

1.3.b L'effet placebo lié à la relation ou le « remède médecin » sont fortement corrélés à la confiance

Les vieux patients, ils ont confiance en vous, s'ils viennent c'est parce qu'ils ont confiance en vous. Ils savent que vous leur donnez la bonne parole. Déjà quand ils rentrent dans le cabinet ils sont à moitié guéris, quoi. C'est ce qu'ils nous disent. (E18)

On a un effet placebo sur les patients.
 La relation de confiance, et... D'ailleurs ils le disent, les patients : je vous ai vu, je vais mieux.
 Avec des nouveaux patients, ils sont plus...
 « Ah non mais moi, il me faut un antibiotique! » (E13)

Le « remède médecin », moi j'y crois. J'y crois vraiment beaucoup. Quand vous êtes pas bien, quand vous avez un homme de l'art qui vient pour vous soulager. Bon, déjà, vous vous sentez... Et si vous avez confiance en lui, il y a déjà 40 % de la douleur, ou de la... Pas de la pathologie, mais enfin. 40 % de la douleur, du stress, de l'angoisse, qui s'en va. (E16)

1.4 Prise en charge psychologique et intimité livrée par le patient

1.4.a De façon consensuelle, l'écoute de ce que le patient livre et la prise en charge psychologique sont identifiées comme des aspects importants de la pratique du médecin généraliste

Le boulot du médecin ne se résume pas à faire une ordonnance. Il faut les écouter. Quand ils ont des soucis, moi, ils viennent. Ils m'en parlent. Même des trucs qui n'ont rien à voir. Je suis un repère. (E17)

On a un rapport qui est un rapport de médecin, donc de "technicien" entre guillemets, [...] mais en même temps on a un rapport psychologique. On a un rapport d'être humain à être humain.

Le côté technique, on se rend compte qu'on n'est pas QUE ça. (E09)

Vis-à-vis de certains de patient, j'ai l'impression d'avoir fait quelque chose. De leur avoir donné quelque chose.

Sans aucune ambition personnelle à travers ça. Mais on sent qu'ils ont accroché, qu'ils sont partis soulagés dans une certaine mesure, psychologiquement. Et peut-être physiquement. (E05)

1.4.b Pour certains, la prise en charge de ces aspects psychologiques et intimes est améliorée par la relation au long cours

C'est la continuité des consultations qui fait que les gens se sentent de mieux en mieux, nous confient des choses qu'ils ne confieraient peut-être pas à quelqu'un qu'ils ne connaissent pas, en qui ils n'ont pas confiance. (E14)

Ben, tous les problèmes sexuels par exemple. Les gens en parlent difficilement. Et quand on se connaît bien, les gens en parlent très facilement. Ça aussi, c'est une chose due à l'ancienneté, à la confiance ancienne. (E04)

Les patients, ils ont quand même un peu peur de changer de médecin, parce qu'on est des confidents. On remplace, des fois, le curé.

Alors ils nous racontent leurs misères. Donc selon notre expérience, on aborde d'autres sujets que médicaux. (E18)

1.4.c Pour d'autres médecins interrogés, ce n'est pas l'ancienneté du suivi qui entre en jeu, mais plutôt le type d'approche du praticien

Les gens viennent initialement avec un motif de consultation [...] qui est sous-jacent à un problème personnel qu'ils n'arrivent même pas eux-mêmes à identifier.

Et si on pose la question, on les fait partir : ils se livrent.

Si on les écoute, et si on pose les questions, souvent, ils se livrent. Ils peuvent se livrer à la première consultation. (E14)

Sur les détails, intimes etc., peu importe le patient, c'est facile d'ouvrir la porte. (E03)

J'ai remarqué qu'au début d'une consultation, ils sont un peu timorés, ils n'osent pas parler. Et puis, si vous les mettez en confiance, si vous leur dites : je suis à votre écoute, et vous pouvez me dire tout ce que vous voulez... Mais à la fin, ils deviennent intarissables ! Et ils arrivent à vous raconter les choses les plus secrètes et les plus intimes de leur existence. (E16)

1.4.d Enfin, dans certaines situations concernant l'intimité, la prise en charge pourrait même être handicapée par l'ancienneté de la relation

Il y a des problèmes de pudeur, de choses comme ça qui peuvent apparaître.

Quelqu'un que vous connaissez très bien, que vous voyez pour, je ne sais pas, une

hypertension artérielle, et puis qui un jour a des hémorroïdes ou un truc comme ça, et à qui vous dites : montrez-moi.

Bon. C'est plus difficile chez quelqu'un que vous connaissez bien, que chez un quidam qui vient vous voir en passant. (E07)

Il y a des patients qui se sont trop livrés à vous. Et qui vous ont dit trop de choses.

Trop trop de choses. Et après vous les dérangent.

Et donc, ils vous en veulent.

Dès qu'on rentre dans l'intimité, il faut être prudent. (E13)

La force du lien dans la relation médecin-malade est associée par les praticiens interrogés à la beauté de la mission de Soins elle-même, avec en filigrane les grandes notions d'Éthique et d'Humanité. Qu'en est-il des problématiques plus concrètes qui se dégagent sur le thème de l'efficacité?

Nous remarquons qu'une meilleure observance du patient est parfois présentée comme preuve d'une bonne façon d'exercer. Et les médecins interrogés semblent le plus souvent s'en attribuer le mérite tout naturellement. Ainsi ils mettent en avant leur sentiment d'être plus efficaces dans l'obtention de l'adhésion et de l'acceptation du patient pour légitimer le type de pratique qu'ils ont choisi, tout en reconnaissant certaines limites.

Concernant les troubles fonctionnels et le « remède médecin », les praticiens interrogés assument ouvertement le rôle que joue la relation. Leurs années d'exercice les amènent à reconnaître pleinement ces enjeux, sans les dénigrer comme fantaisistes ou incertains. Ils s'appuient d'ailleurs sur les nombreux retours positifs des patients pour illustrer leur efficacité personnelle. Remarquons que dans cette population de médecins qui revendiquent une patientèle fidèle, on ne retrouve pas de discours stigmatisant les patients présentant des troubles psychosomatiques.

De même, l'écoute et la prise en charge psychologique semble être des rôles acceptés par les praticiens interrogés, sans que ne soient exprimées de réticences ni de griefs envers les patients. Cette fonction est parfaitement intégrée dans l'idée qu'ils se font de leur mission de Soins. On constate même une certaine fierté, avec un ressenti de valorisation par les succès, plus particulièrement avec les patients connus de longue date. Cependant le bénéfice d'un suivi au long cours n'est pas unanimement reconnu et on voit poindre la possibilité d'une gêne sur les sujets intimes, avec perte d'efficacité de la relation thérapeutique attendue. Notons que cette nuance est exprimée autant par certains praticiens ayant pris leurs distances avec la médecine libérale que par d'autres très impliqués, qui déplorent donc ici quelque chose de vécu dans leur exercice.

2. L'avantage de bien connaître son patient mais le piège de la routine

D'un côté la bonne connaissance médicale du patient est immédiatement identifiée comme un facteur de meilleure efficacité : connaissance des antécédents et facilité à repérer un changement brutal de l'état de santé. Mais par ailleurs le risque d'erreur et d'oubli lors d'un suivi trop répétitif est rapporté de façon quasi-systématique par les praticiens. Cette routine est identifiée comme un piège, qui fait peur et doit mobiliser toute la rigueur possible.

2.1 Bonne connaissance médicale du patient

2.1.a Le suivi est plus aisé grâce à la meilleure assimilation des antécédents pour un patient connu de longue date

On le connaît par cœur ce patient, donc ça va plus vite. (E04)

*La majorité des choses deviennent plus faciles.
On a les antécédents, la trajectoire du patient. (E07)*

Quand on a un suivi médical connu depuis longue date, d'antécédents, de réactions vis-à-vis des médicaments, des allergies et tout ça, ça permet quand même de se souvenir de certaines choses. D'éviter de tomber dans certains pièges. (E05)

2.1.b Surtout, cela permet d'identifier rapidement une rupture dans la continuité de son état de santé

*On connaît certaines choses du patient qui font qu'on voit une modification.
On se dit : tiens là, il y a un truc qui ne va pas. (E09)*

*On a le dossier dans la tête, quoi.
Donc on va vite comprendre s'il y a un changement.
Les gens que je connais bien depuis longtemps, s'il y a un phénomène intercurrent, [...] je réagis tout de suite. (E11)*

*Quand il y a des choses graves on le sent plus vite.
On sent, quand ils sont pas bien, on les connaît. (E14)*

2.1.c Certains parlent même d'intuitions facilitées dans ce contexte régulier

*Des fois vous avez des gens que vous voyez tous les mois, tous les deux mois.
Des fois, comme ça, intuitivement, vous allez faire un truc que vous ne faites pas d'habitude. Et vous découvrez quelque chose. (E17)*

J'ai eu des diagnostics posés avec des patients que je connais depuis longtemps, où les spécialistes ont dit : mais comment votre médecin a pu chercher dans ce sens-là? Et je leur dis toujours : c'est parce que je vous connais. (E13)

2.2 La routine : un risque majeur d'erreur et d'oubli

2.2.a C'est surtout de l'inattention que naît le risque d'erreur dans la routine

Les patients qu'on suit depuis longtemps, il faut rester vigilant. (E18)

Parce qu'on a un peu tendance, comme tous les médecins je pense, à s'endormir un petit peu sur le ronron quand on les connaît. On est un peu moins en alerte peut-être. (E06)

C'est dans la routine qu'on fait les erreurs. C'est très très rarement parce qu'on ne sait pas les choses. Souvent quand on sait pas, on fait très attention. C'est quand on croit savoir, et qu'on est dans la routine, qu'à ce moment-là les erreurs se passent. (E08)

2.2.b Le risque est d'autant plus grand sur une population de patients très demandeurs ou trop proches

Surtout, les gens qui demandent beaucoup. Qui vous dérangent sans cesse pour des bricoles, des trucs comme ça. Le jour où c'est important vous risquez de l'écouter d'une oreille moins attentive. (E19)

Quelqu'un qui est plaintif à longueur d'année, toujours pour les mêmes choses, qui a toujours mal au ventre, on lui trouvera peut-être une maladie grave moins vite. (E11)

2.2.c On retrouve des éléments témoignant d'un sentiment de peur dans le discours des praticiens

Puis après quand tu connais les patients, ils viennent pour hypertension ou pour diabète etc. Il y a une forme de routine. Et ça, c'est très dangereux, cette routine. (E01)

Parce qu'on a toujours peur de se laisser un peu endormir, voyez, sur des trucs. Suivre les gens de tous les mois, comme ça, des fois c'est un peu... ça ronronne un peu. Et c'est un peu dangereux. (E06)

Il faut se méfier de soi-même. Car on a tendance quand même à être un peu moins performant. (E09)

2.2.d La réserve habituelle concernant la pratique des confrères semble même levée sur ce sujet

Il y a des médecins qui n'examinent plus les patients quand ça fait 20 ans qu'ils les connaissent. C'est les gens qui vous le disent : moi, Docteur, mon médecin, il ne me prenait plus la tension, plus rien. Moi, je m'oblige, systématiquement, à les écouter, à les allonger, et à les examiner. (E17)

Je m'aperçois qu'il y a des confrères qui finalement, ils voient des chroniques tous les mois, et ils ne les examinent pas. Du tout ! Alors un mois, deux ou trois mois : je veux bien. Au-delà : c'est une faute professionnelle majeure. (E07)

Selon les praticiens interrogés, la consultation semble plus confortable, et la compréhension médicale du problème plus rapide, pour les patients suivis régulièrement. Mais il y a plus : c'est la notion de comparaison avec un état antérieur ou chronique connu. En effet, l'un des enjeux de la médecine générale est de savoir identifier rapidement la survenue de changements inquiétants et qui nécessitent une prise en charge urgente, parmi d'autres symptômes qui ne comportent pas d'éléments alarmants. Dans les entretiens, on retrouve des témoignages d'une réactivité bien meilleure dans le cadre d'un suivi régulier. Une réactivité tellement

surprenante que certains, plus ou moins timidement, introduisent des éléments qui semblent irrationnels, telle que l'intuition, pour rendre compte de leurs expériences positives sur ce thème. En tout cas, cette notion de rupture dans la continuité de l'état de santé semble être un élément majeur du bénéfice sur l'efficacité médicale lors d'un suivi au long cours.

Concernant maintenant les dangers liés à la routine, des éléments de langage très inhabituels de la part des praticiens interrogés ont attiré notre attention. Tout d'abord, l'emploi du « on », s'il apparaît plutôt modérément par ailleurs, est ici largement majoritaire, avec une disparition quasi-totale de la première personne du singulier. Le mode de narration lui-même est donc modifié, vers une dilution de l'engagement personnel. Par ailleurs, la responsabilité d'une éventuelle erreur est d'emblée partagée avec le patient, trop bavard ou trop demandeur. Enfin, le comportement de certains confrères est montré du doigt, allant outre la réserve habituelle des praticiens sur leurs divergences avec les autres médecins. Triple dilution de la responsabilité personnelle donc, avec la disparition du « je », en impliquant la responsabilité du patient et en dénonçant le comportement de certains confrères. Pourtant les médecins interrogés montrent sur le reste des thèmes évoqués une propension à assumer seuls les responsabilités en jeu dans le cadre de leur exercice. C'est la peur, dont on retrouve des composants lexicaux au premier plan, qui explique ces singularités. « Se méfier de soi-même », voilà un concept bien discordant dans un discours qui par ailleurs a plutôt tendance à contenir une part d'autojustification implicite. Nous touchons ici au cœur de ce que redoutent les médecins les plus expérimentés : l'erreur évitable liée à la routine.

Partie D : Satisfaction du médecin et du patient

Nous avons présenté le rôle du suivi au long cours sur l'efficacité thérapeutique. La relation médecin-patient semble aussi être un élément clé de la satisfaction. D'après les propos recueillis, la satisfaction du côté du médecin serait fortement liée à la stabilité et à la fidélité de sa patientèle. Pour la satisfaction côté patient, les médecins interrogés mettent en avant l'écoute et le dialogue.

1. Le long cours : un élément clé de la satisfaction du médecin

Les relations soutenues avec au moins une partie de la patientèle, stable dans le temps, sont présentées par les praticiens interrogés comme un élément de valorisation personnelle, un critère de confort de leur exercice, et finalement une concordance avec les valeurs qu'ils placent dans leur profession, y compris, pour certains, au moment de s'apprêter à la quitter.

1.1 La fidélité des patients comme une reconnaissance personnelle

*L'intérêt, c'est quand même d'avoir une clientèle suivie.
De savoir qu'on est apprécié. Qu'on apporte quelque chose. (E05)*

*Quand vous avez quelqu'un qui vient depuis 30 ans. Ben, c'est agréable pour l'ego.
Parce que [...] c'est que vous plaisez. (E09)*

*Je pense que cette fidélité qu'on peut avoir entre un médecin et un patient...
En fait c'est une reconnaissance. On a besoin de ça, aussi, nous. De cette
reconnaissance. (E13)*

*Les gens qui sont fidèles, ils vous rendent beaucoup de choses. Il vous renvoie une
image qui est une bonne image. C'est chouette. (E14)*

1.2 Des relations durables plus confortables pour le médecin

*C'est bien d'arriver, et de voir quasiment que des gens connus. Et bon, pour lesquels
il y a des relations.
C'est comme si chaque matin on partait faire la tournée des amis, quoi. Un peu.
(E12)*

*Il y a les gens qu'on suit depuis 30 ans...
La consultation est peut-être plus agréable.
C'est possible que ce soit pour moi, plus que pour eux, que c'est plus confortable,
finalement. (E15)*

1.3 Une certaine idée du métier de généraliste : des rapports profonds et soutenus source de satisfaction

*C'est aussi pour ça qu'on fait médecine générale. C'est pour avoir des relations
priviliégées. Parce qu'on est vraiment avec le patient, sa famille, et on est dans la
problématique de tout.
Ils nous prennent à témoin de leur vie. Ça c'est le côté hyper positif. (E09)*

*Pour moi qui suis médecin généraliste depuis longtemps, c'est vraiment le grand
plaisir de ce métier. C'est quand même le fait de voir des gens au cours des années.
Et leurs enfants.
On suit leur vie.
Il n'y a pas tellement d'autres métiers où on peut avoir ce genre de relation. (E20)*

1.4 À l'heure du bilan, l'importance de ces liens inscrits dans la durée

*Voyez, je m'en vais dans deux ans. [...] Et je leur dis : la seule chose que je
regretterai, c'est vous. Parce que ces patients, qui vous font confiance depuis 30*

ans, qui des fois, maintenant, habitent loin, [...] et qui continuent à venir vous voir... Ça, c'est agréable. (E15)

Je suis normalement dans ma dernière année d'exercice, et de voir arriver quelqu'un que j'ai connu à ma première année d'installation, je dois reconnaître que ça me fait plaisir.

J'avoue que ça va me laisser un bon souvenir, ça, oui. (E11)

Les médecins interrogés se présentent comme autant d'êtres humains qui ont besoin de l'Autre. Ils n'ont pas de problème, du moins dans le cadre des entretiens de ce travail de recherche, à attester de la réassurance que leur procurent les marques de reconnaissance de leurs patients, et leur fidélité au cours des années. Une réalité sensible toute simple, mais qui peut surprendre si on la confronte à certains stéréotypes de Toute Puissance véhiculés par certains livres à grand tirage.

Ils reconnaissent aussi le rôle important de la relation soutenue et prolongée avec leurs patients comme facteur de leur propre accomplissement personnel, et de confort dans leur pratique quotidienne, en dehors de toute considération d'efficacité thérapeutique.

Finalement, l'amour qu'ils portent à leur métier semble lié à ces conditions d'exercice avec la patientèle fidèle qu'ils décrivent. On remarquera l'utilisation de superlatifs pour parler du métier de généraliste. Le respect des valeurs de soignant et le plaisir personnel cohabitent dans la satisfaction que procure la proximité aux patients.

Enfin, certains des médecins interrogés disent envisager leur retraite dans un avenir proche. Ils semblent être reconnaissant à la vie de leur avoir permis d'exercer leur Art, au milieu de cette communauté sociale à laquelle on les sent attachés. Lorsqu'ils reviennent sur les liens avec leurs patients au cours des années, on retrouve un champ lexical qui peut évoquer parfois le couple ou plus souvent la famille, dans le registre de l'émotion personnelle et de la vie intime.

2. La satisfaction côté patient : importance de la relation

Nous présentons ici l'idée que se font les médecins des facteurs de satisfaction de leurs patients, mettant en lumière le rôle incontournable de la relation.

2.1 Un facteur souvent cité par les médecins interrogés : l'écoute

L'impression d'être écouté par ton médecin. C'est souvent ça, quand même : celui-là au moins, il m'écoute. (E01)

Et beaucoup de gens se plaignent de ce qu'il y a un manque d'écoute de certains médecins. (E06)

Ils vous trouvent bon, pas bon. À l'écoute, pas à l'écoute. Donc, c'est ça qui va permettre aux gens, soit de revenir, soit de fuir. Si on n'a pas été bon dans la relation... (E09)

Je crois que c'est important d'avoir cette sensibilité psychologique, à l'écoute des autres. Pour, d'une part faire du bon travail, mais aussi pour être apprécié. (E04)

2.2 Relation médecin-patient approfondie : une demande des patients

Tout ce qu'on a besoin de demander aux patients c'est les signes fonctionnels ! Si on se contente de ça, en huit jours le cabinet, il est vide. Parce que les gens ont besoin de plus... (E07)

Bien sûr c'est de la relation, c'est important ça. Le malade ne vient pas que pour se faire prendre la tension, écouter son cœur, son cholestérol et..., ça, c'est traité maintenant. C'est un suivi, donc un suivi on peut parler d'autre chose. Et là c'est une relation de confiance, toujours. (E02)

Par cette approche, donc, de la relation. Donc, en apportant pas mal, quand même, au patient, [...] à travers tout ce qu'on vient de dire. Les gens aiment bien venir se faire soigner, [...] enfin ils sont satisfaits du service rendu. (E04)

La capacité d'écoute est un facteur qui a déjà été évoqué dans les qualités personnelles que les médecins estiment nécessaires à leur exercice. On la retrouve ici dans ce qu'ils nous disent avoir identifié chez leurs patients de leurs demandes, c'est-à-dire des facteurs de satisfaction côté patient. On peut s'interroger sur le fait que les praticiens interrogés semblent calquer les qualités nécessaires sur la demande supposée des patients.

Le souhait de relation approfondie de la part du patient est la plupart du temps rapporté comme un fait, sans jugement de la part du médecin. Il semble être sous-entendu qu'il revient au médecin de s'adapter à cette demande, au moins dans une certaine mesure.

Partie E : Bonne distance, notion de contrat et négociation

Dans cette dernière partie nous aborderons les thèmes afférents à notre question principale, sur lesquels les médecins interrogés ont fourni un matériau particulièrement riche.

Préserver une distance avec le patient permettrait d'éviter certains préjudices sur la mission de soins ou pour les médecins eux-mêmes, mais l'implication en tant que médecin généraliste peut être plus forte selon la relation au patient.

La notion de contrat tacite est employée de manières diverses. En particulier certains médecins déclarent qu'il leur arrive de proposer au patient de changer de médecin traitant lorsque la relation ne leur paraît pas satisfaisante.

Enfin concernant les aspects de négociation avec le patient, on identifie des stratégies de séduction ou d'autorité.

1. Trouver la bonne distance

Les médecins cherchent à garder une barrière avec les patients, par exemple en ne systématisant pas le tutoiement. Ils identifient des facteurs négatifs d'une trop grande proximité, comme une perte de professionnalisme ou des difficultés d'ordre émotionnel. Cependant leur motivation à s'investir personnellement dans la prise en charge semble augmentée dans les cas de patients connus de longue date. On retrouve l'empathie pour l'Autre au cœur de la relation soutenue en médecine générale.

1.1 Une barrière volontaire

1.1.a Les médecins recherchent consciemment à garder une distance avec leurs patients

*Avec un patient qu'on voit depuis une trentaine d'années...
Il ne faut pas être trop familier ni trop proche. À mon avis, il faut une certaine distance.
(E15)*

C'est une barrière d'efficacité. C'est-à-dire que je mets cette barrière [...] pour que l'on soit le plus efficace possible. Ça n'empêche pas qu'il y a des gens que j'apprécie plus que d'autres. Mais ça, ça n'intervient pas, je sais que ça n'intervient pas dans ma relation thérapeutique. (E08)

Ça reste des gens qui viennent vous voir pour un problème. C'est pas des copains, quoi. (E09)

*Même si c'est des gens que je connais bien, ils savent qu'au cabinet, je ne suis plus leur copain, c'est le médecin qui est là.
Dès le début [...] j'ai toujours fonctionné comme ça. Bon. Même, mes amis, ils plaisantent, ils disent : là, pour ça, il faut le voir au cabinet, et là, on peut le voir la maison. (E19)*

1.1.b La dissymétrie dans la relation, en particulier sur les informations personnelles, est variable selon les praticiens

Lui reste le patient, moi je reste le médecin. Que lui, il m'expose toute sa vie, c'est normal. Moi je reste médecin, c'est-à-dire que... Le médecin qu'il a envie d'avoir devant lui, n'a pas à exposer sa propre vie. (E02)

*Quand on a affaire à des gens qu'on connaît depuis très longtemps, la relation devient amicale.
Les gens racontent des petites choses de leur vie. Même moi, ça m'arrive de raconter des choses de ma vie. (E04)*

1.1.c Parfois un rapport de dominant-dominé peut être clairement assumé

Surtout, je dirais, de ne pas trop copiner avec les gens. Il faut garder les barrières, les barrières de... Les positions dominantes. Il faut rester dominant... C'est vous le dominant. (E18)

Je peux les appeler par leur prénom, ou un truc comme ça, mais moi je reste le médecin. On vient voir le sachant. Et je reste le sachant. Je suis pas le copain. Je suis le médecin qu'on vient consulter. (E10)

1.1.d On retrouve assez largement cette volonté de marquer la distance, par exemple sur la question du tutoiement

Bien sûr, il y a des gens, moi, ça fait 30 ans que je les soigne. Alors, on n'est pas devenu amis, mais presque. Mais par contre, autant je tutoie les jeunes... Après, les gens de mon âge, je garde toujours ma distance quand même. (E06)

Je déteste quand un patient, alors qu'on n'est ni copain, ni quoi que ce soit, m'appelle par mon prénom et me tutoie. J'ai pas élevé les cochons avec eux. J'ai pas couché avec eux. (E16)

1.2 Les dangers de la proximité

1.2.a Un attachement trop fort au patient peut interférer avec la mission thérapeutique

Ne jamais perdre la rigueur malgré ta relation avec le patient. « Mon médecin, je le connais trop bien. C'est un ami maintenant. Il ne me soigne plus, il ne m'écoute plus! » Tu vois, bon voilà. Combien de fois on entend ça... (E01)

Des fois, on est un peu moins objectif, parce qu'il y a des fois des choses qu'on devrait faire et qu'on fait pas tout de suite. Parce qu'on se dit : je ne vais pas l'enquiquiner avec ça. (E12)

Le danger, c'est de ne pas lui rendre le service que je suis là pour lui rendre. C'est-à-dire sa santé. C'est de sortir de l'empathie. C'est d'arriver jusqu'à la sympathie. (E11)

1.2.b Des malentendus peuvent survenir avec les patients lorsqu'ils projettent leurs désirs de familiarité

On va pas forcément prendre des nouvelles. Et les gens vont nous le reprocher. Alors qu'on ne peut pas appeler tout le monde, ça c'est évident. Mais, les patients s'attendent à ce qu'on soit tellement impliqué... Comme des gens de la famille. (E04)

Ça éveillait ma méfiance [...] et ça l'éveille toujours... Quand quelqu'un me dit : vous savez, vous êtes comme de la famille. Alors là, je sens qu'on n'est pas loin du dérapage (E11)

1.2.c Il arrive que le médecin subisse les conséquences émotionnelles d'un lien affectif avec un patient

Ça remue toujours de voir un patient qu'on connaît depuis aussi longtemps et pour qui on pourra pas faire grand-chose. (E08)

Progressivement [...] on est devenu très amis.

Et malheureusement, évidemment, le jour où on a refait un PETscan [...] : métastases cérébrales. [...] Vous voyez, c'est un copain qui est mort le 22 novembre. Dans les cas où il y a un côté affectif et amical, je dirais, c'est un peu plus difficile. (E16)

1.3 Plus grande implication du médecin traitant dans le cadre d'une relation prolongée

1.3.a Pour les patients connus de longue date, il y a une plus grande motivation du médecin à s'occuper personnellement des problèmes

Vis-à-vis des nouveaux patients, j'ai plus tendance à faire le prestataire de services que le médecin de famille. C'est inconscient, je pense. C'est comme ça. Je me dis : bon, là, tu as un rôle normal de type à 35 heures. Et puis voilà, quoi. Je vais pas faire un poil de plus. (E07)

Des gens qu'on aime particulièrement, on va peut-être se bouger 1000 fois plus que pour d'autres. (E14)

Quand il faut s'occuper de leur trouver une place quelque part. De téléphoner à gauche à droite.

Je me dis toujours, il faut faire plus attention encore aux anciens patients qu'aux nouveaux. Les anciens patients ils nous ont fait confiance, il faut continuer à mériter leur confiance. (E08)

1.3.b Même si la mission de soins doit théoriquement être la même quelque soit le patient

L'implication du médecin est la même quelque soit le patient qu'il a en face.

L'art de la médecine c'est toujours le même.

On a un travail à faire. On peut l'entourer, après, de tout ce qu'on veut, mais le travail faut qu'il soit fait. (E02)

À partir du moment où il vient et où il me fait confiance, [...] le contrat est ouvert. Mon boulot, je le fais, pareil. (E17)

1.3.c L'aide à la personne et l'empathie, au cœur de la médecine générale, s'expriment plus particulièrement lors d'un suivi au long cours

Alors il y a l'empathie qui rentre en compte. On essaye effectivement de se mettre un petit peu à la place des gens, on connaît leurs habitudes de vie, enfin, on connaît la famille, on les connaît bien. Quand on essaye de les aider là où ça peut leur sembler un petit peu insurmontable, quoi. (E19)

Bon, moi je me vis dans ma profession, comme, bon, quelqu'un qui est, on va dire, spécialisée dans certaines choses pour pouvoir faire le diagnostic etc. Mais aussi dans une relation de confiance qui fait que les gens peuvent venir vers moi, pour avoir une aide. Sinon je ne sers à rien.

La confiance l'un à l'autre, [...] ça ne se fait pas tout de suite ! (E09)

Sur ce thème de la bonne distance, nous avons parfois eu le sentiment de recueillir des propos trop théorisés, de l'ordre du discours plaqué. Cela rappelle le risque de la « trop belle histoire » qu'on raconte en parlant de soi, contre laquelle Kaufmann^[37] nous met en garde. En effet les règles de conduite énoncées formellement sont parfois en contradictions patentes avec ce que nous avons pu constater, simplement depuis la salle d'attente, dans l'interaction du médecin avec ses patients, démontrant au moins que les barrières annoncées ne sont pas absolues. Nous en avons conclu que le sujet de la bonne distance était un thème sur lequel les médecins redoutaient d'être pris en défaut.

D'ailleurs concernant les écueils à éviter, les praticiens quittent progressivement le registre du dogme pour livrer très honnêtement des récits d'expériences personnelles difficiles. Dans le même temps, ces récits illustrent les écarts à la règle énoncée et ils explicitent les craintes liées à ce thème.

D'autre part, les médecins interrogés allèguent pour la plupart une implication personnelle plus grande dans la relation thérapeutique avec les patients connus de longue date. Rappelons ici, en miroir, que nous avons par ailleurs relevé dans la partie précédente une plus grande satisfaction du médecin dans ce genre d'exercice. Ainsi une patientèle fidèle pousserait les médecins à être plus investis et parallèlement leur donnerait un plus grand sentiment de dévalorisation personnelle.

2. Notion de contrat : la proposition de changer de médecin traitant

La notion implicite de contrat est particulièrement mise en lumière dans les cas limites où la relation semble mener à une impasse. Nous avons identifié plusieurs types de situations dans lesquelles le praticien peut proposer à son patient de changer de médecin traitant : nécessité de renforcement de la relation, affirmation des règles fixées par le médecin dans son exercice, ou éventuellement choix de sa patientèle. Parfois cette proposition revêt un caractère implicite.

2.1 Renforcement de la relation

2.1.a Le praticien peut marquer son refus d'une relation thérapeutique faible

Je passe mon temps à dire à mes patients : le jour où vous n'avez plus confiance en moi, changez de médecin.

Parce quand vous serez en mauvaise santé, ce sera trop tard pour choisir. Et à ce moment-là, je vous demanderai de faire des choses, vous aurez besoin d'avoir cette confiance en moi. Et quand je vous dirai : « ne faites pas ça, mais faites comme ça et comme ça », il faut que vous le fassiez sans vous poser de question. (E01)

2.1.b La proposition de changer de médecin peut survenir dans les situations où le médecin estime qu'il n'est pas écouté

Soit il fait ce que je lui demande, et c'est OK. Et là on rentre dans une relation de confiance. Soit il veut pas... C'est pas moi qui le force.

S'il revient, et qu'il n'a pas fait, je lui dis « attendez vous faites pas les examens, c'est pas la peine de venir me voir ». C'est clair et net. (E02)

Donc j'ai fait, peut-être, beaucoup d'efforts. Mais maintenant, faut faire ce que je vous dis. Là, c'est pareil : si vous ne le faites pas, rupture de contrat et... On se voit plus. C'est pas la peine. (E04)

2.2 Affirmation des principes du médecin malgré les demandes ou chantages

Donc je leur dis : ben moi non, je ne me lève pas la nuit.

Alors je leur explique [...] que si ça ne leur convient pas, ça ne me gêne pas qu'ils voient un autre médecin. Ou qu'ils prennent même un autre médecin. Mais que c'est comme ça. (E20)

Parfois, il y a des gens qui sont très exigeants, qui veulent tout, qui veulent le scanner du cerveau parce qu'ils ont mal à la tête, ils veulent le scanner des poumons... Et là je leur dis : non, c'est moi qui décide. C'est pas nécessaire, c'est pas utile, ça coûte cher à la société, on est tous responsables de ce que l'on prescrit. Ils insistent.

C'est pas la peine de s'énerver, il faut dire aux gens : écoutez, vous n'êtes pas contents, je comprends tout à fait, c'est pas un problème.[...] Moi, j'estime que ce que je fais, c'est juste, vous avez tout à fait le droit de ne pas être d'accord. Donc n'hésitez pas. Allez voir ailleurs. (E14)

2.3 Écarter les patients problématiques

2.3.a Il arrive que le praticien propose la rupture pour des questions d'affinités ou de considération

J'en ai eu quelques-uns difficiles. Et un jour, je leur dis : [...] vous savez on est très nombreux, dans le boulevard, on est cinq ou six. [...] Je vous engage à aller voir ailleurs, si vous n'êtes pas contents de la relation qu'on a. [...] Moi, ça ne me pose aucun problème. (E16)

Ils ne sont pas corrects, ben on reste pas très longtemps ensemble. Mais ça m'est arrivé très rarement quand même. Dans ma clientèle, peut-être une dizaine en 30 ans. (E08)

Il y a des patients franchement hostiles. Et bien qu'ils s'en aillent. Je leur dis qu'ils ne sont pas ma propriété. Je ne suis pas leur propriété ; ils ne sont pas ma propriété. Donc ils ont le libre choix. (E13)

Et oui, on a le droit de choisir, nous aussi. (E16)

2.3.b Parfois cette proposition est implicite voire inconsciente, mais c'est une autre forme de choix de la patientèle par le médecin

Au fil des années, [...] j'ai développé la capacité à trouver la phrase, ou le refus, ou la chose, qui va décourager la personne, et l'inciter à trouver un autre médecin, quand elle est trop pénible. (E11)

Il y en a que, comme ça D'ENTREE, je sais que ça va pas bien se passer. Je crois qu'à partir de ce moment-là, je fais tout pour qu'ils restent pas, quoi. (E01)

J'ai eu de plus en plus de patients avec qui ça se passait bien. Et [...] j'ai réussi à éjecter, sans l'avoir vraiment décidé, ceux qui me pesaient. (E11)

La notion de contrat apparaît avec force dans le discours de certains médecins interrogés, qui ont pour volonté de prendre en main la relation avec en arrière-fond le concept classique du rapport sachant-exécutant. On identifie une justification sous-jacente de ces interventions parfois brutales par la meilleure efficacité supposée du type de relation qu'ils tentent d'instaurer.

Le contrat avec le patient permet aussi de se mettre d'accord sur les modalités d'exercice, et en particulier sur la question des valeurs et de la mission de soin que le médecin revendique. On retrouve fréquemment la locution « moi, je » qui témoigne d'une identification personnelle du médecin à ces valeurs, qu'il n'est pas prêt à transgresser dans le jeu de la négociation avec le patient.

Enfin, pour ce qui est d'écarter certains patients, nous avons été surpris de voir cette pratique aussi franchement assumée dans le discours des médecins interrogés. Il semble qu'ils cherchent à écarter ostensiblement ces cas de leurs attributions. Par ces propos explicites, ils s'en retirent ainsi la responsabilité, préférant se concentrer sur les missions qu'ils assument avec succès, le soin et l'attention à leurs patients fidèles.

3. Négociation : autorité ou séduction

Abordons enfin les modalités de négociation avec le patient : ils mettent en jeu les notions complexes de pouvoir et de possession. Mais c'est surtout sous l'angle de la séduction et du rapport d'autorité que l'analyse est fructueuse. On retrouve dans la relation médecin-malade des éléments plutôt propres au couple et d'autres mettant plus spécifiquement en lumière le paternalisme ou le libre-arbitre.

3.1 La séduction dans la relation

3.1.a Les praticiens affirment le rôle de la séduction et emploient naturellement le vocabulaire du couple pour parler de la relation médecin-patient

Ben, c'est un peu comme entre un homme une femme, hein. Quand on drague une nana, ça marche ça marche pas, on sait jamais très bien pourquoi. (E12)

Il y a quand même un travail de séduction, hein. Avec le patient. (E13)

« Le jour où vous choisissez [...] de vous pacser avec moi, et bien, à ce moment-là, il faut que ça marche, quoi ». (E01)

3.1.b La rupture du côté du patient est vécue comme une trahison

En mal d'abord : c'est des patients qui ont une grande confiance en leur médecin, puis qui du jour au lendemain vont frapper à d'autres portes. (E05)

Des fois, il y a des gens qui vous tournent les talons, vous ne savez même pas pourquoi.

Je ne leur en veux même pas. (E06)

Par contre, il n'y a pas de gratitude, hein.

Vous vous levez le cul pendant 20 ans pour quelqu'un. Un jour pour une raison X ou Y, vous n'avez pas répondu. Il peut changer de médecin. Ça, c'est un facteur de déception. (E17)

3.2 Autorité et libre-arbitre

3.2.a Le patient donne un gage de confiance au médecin en acceptant son autorité

Ce qui marche, c'est [...] le respect, la confiance.

Le sentiment que le patient vous fait confiance. C'est-à-dire qu'il n'est pas dans le doute de ce qu'on dit. L'impression qu'il adhère à ce qu'on dit. (E20)

-Comment un patient montre-t-il sa confiance ?

-Ben en revenant vous voir. [...] Et puis en faisant ce que vous lui dites, quoi. (E07)

Où ils ont confiance et ils acceptent ce qu'on leur demande, et quel que soit après les réponses qu'on leur donne, ils l'acceptent venant de nous. C'est-à-dire, c'est une relation de confiance. Et on est un médecin. (E02)

3.2.b Le médecin peut se sentir responsable de par sa position de sachant et être tenté de s'occuper du patient comme un parent de son enfant.

Mon premier devoir c'est de [...] les sécuriser, parce qu'ils ont peur. Parce qu'on a quand même un ascendant, malgré tout, on a un pouvoir. (E06)

Il y en a qu'il faut gronder un petit peu aussi des fois. (E15)

Le médecin prend en charge le patient, il le prend entièrement en charge. On n'a pas à expliquer tout. (E02)

Alors ça dépend des gens.

De temps en temps je me dis ça : il faut, là, [...] que je change de veste, quoi. Que je mette [...] la toge du docte professeur.

Enfin en fait, plus dirigeant. (E12)

3.2.c Le libre-arbitre du patient est parfois reconnu et affirmé

Je n'impose rien. Mais je dis, voilà ce que je pense : moi je ferai ça, je pense qu'il faut faire ça, après vous êtes libres. Et c'est à eux à prendre leur décision. Sauf si c'est très grave. (E14)

J'essaie d'abord de ne pas prendre la place du patient ; je ne peux pas lui forcer la main. (E06)

En tant que citoyens, on est à égalité. Moi je ne n'ai plus de hiérarchie, hein. Par contre, on n'a pas les mêmes responsabilités. Et ils me demandent à moi de me charger de responsabilités, qui sont bien les miennes, auxquelles j'adhère. Et donc un moment donné, il faut que ce soit moi qui puisse décider.

Ou au moins leur dire, leur dire en toute franchise : voilà ce que moi je déciderais. D'abord, pour exercer leur libre arbitre à eux, il faut qu'ils aient toutes les informations. Les informations, c'est à moi de leur donner. (E11)

La notion de séduction dans la relation médecin-malade, voire de séduction renouvelée dans les relations au long cours, a parfois été explicitement formulée par les médecins interrogés. Les évocations implicites sont, pour leur part, innombrables. On a déjà noté la présence de composants du champ lexical du couple. On relève aussi de nombreuses réactions émotionnelles comparables à celles intervenant dans une relation amoureuse, comme ici le sentiment de trahison lors d'une rupture. Ainsi, malgré les efforts de certains pour maintenir le contrôle du pouvoir décisionnel dans un mode de relation verticale pouvant évoquer la parentalité, c'est sur le registre de la relation horizontale, plus proche de celle du couple, que surgissent les émotions des médecins sur le thème des rapports avec leurs patients.

La question de l'autorité, elle, semble en mutation, avec différentes approches selon les praticiens. Il s'agit en fait de dessiner une nouvelle répartition des responsabilités entre le médecin et le patient. C'est probablement un enjeu majeur de l'évolution de la médecine générale. Mais il faut s'assurer que le médecin ne se sente pas désinvesti de son rôle de soignant, ce qui entraîne des crispations que nous avons relevées à plusieurs reprises dans cette étude. La connaissance réciproque et la confiance acquise au cours des années pourraient être le socle d'une mutation réussie de la relation médecin-patient.

Discussion

Les résultats qualitatifs dans la partie précédente ont été présentés suivis de leurs commentaires analytiques. Dans cette discussion, nous reviendrons seulement sur la méthodologie et les limites de notre étude, et en considérerons les perspectives. Puis nous introduirons brièvement les apports possibles de la philosophie sur le thème de ce travail.

Partie A : Considérations méthodologiques, limites et perspectives

1. Méthode Qualitative : la question de la théorisation ancrée

1.1 La place de la Grounded Theory dans les études actuelles

Si la plupart des travaux de recherche qualitative citent la théorisation ancrée comme référence, peu s'astreignent à en respecter scrupuleusement les règles.

En effet, dans cette théorie, les chercheurs devraient s'appuyer uniquement sur les concepts qui émergent d'eux-mêmes dans leur recueil de données et en aucun cas sur les théories existantes traitant de leur sujet d'étude. C'est rarement le cas en pratique, mais les chercheurs utilisent pourtant fréquemment la référence et le vocabulaire de la Grounded Theory comme langage commun pour leurs recherches de terrain.

1.2 Notre étude et la théorisation ancrée

Notre travail ne remplit pas strictement les exigences de la théorisation ancrée. Faire naître des concepts théoriques sans partir d'hypothèses préétablies est un processus très long et qui ne peut correspondre à un travail de thèse d'exercice en médecine.

Au contraire, nous nous sommes appuyés sur notre connaissance du milieu social de par notre proximité professionnelle des praticiens interrogés, et l'étude de la bibliographie nous a fourni des outils d'écoute précieux.

2. Recrutement de l'échantillon

2.1 De proche en proche

La méthode de proche en proche, c'est-à-dire en sollicitant certains participants pour qu'ils proposent des noms d'autres personnes pouvant intégrer l'étude, a l'avantage d'entraîner un taux de refus extrêmement bas et une bonne participation lors des entretiens : nous avons rencontré des praticiens motivés, enthousiastes même dans leur majorité, désireux de « faire bien », et donnant leur temps sans compter.

Par contre, il existe un biais de recrutement avec le risque de ne pas recueillir tous les points de vue mais seulement celui d'un groupe.

Les éventuels effets de censure liés aux rétroactions possibles envers l'« intermédiaire »^[7] nous ont en revanche parus très limités.

2.2 Validité de la récolte des données pour les critères d'inclusion

Nous n'avons pas vérifié les années d'installation alléguées par les médecins. Notons que dans la majorité des cas, les médecins répondaient en ne donnant pas seulement l'année mais la date précise de leur installation, témoignant ainsi que ce jour particulier était gravé dans leurs annales personnelles.

2.3 Représentativité et constatations démographiques

2.3.a Taille des sous-groupes

Nous avons identifié plusieurs catégories de sous-groupes : homme ou femme et exercice en milieu semi-rural, citadin résidentiel ou citadin populaire. Nous pensons qu'avoir au moins 3 médecins dans une catégorie donnée permet de limiter le risque de passer à côté de grands enjeux propres à ce groupe. C'est à nos yeux un gage de qualité de notre échantillon, que nous avons pu obtenir dans le cadre de nos 20 entretiens.

2.3.b Cohérence avec les chiffres de la démographie médicale

Nous rappelons que du fait même du type d'étude, il n'y a pas de représentativité statistique, mais seulement une appréciation subjective de l'échantillon.

Pour information, les données démographiques étaient les suivantes en 2008, selon l'Atlas démographique publié par le Conseil National de l'Ordre des Médecins : 19% de femmes parmi les médecins généralistes de plus de 60 ans, c'est-à-dire pour les médecins installés avant le début de la féminisation de la profession, qui s'accélère à partir des années 90^[9]. Notre échantillon présente 4 femmes et 16 hommes.

Concernant les lieux d'exercice, pour la région PACA en 2011^[54], 15% de médecins généralistes ont choisi de s'installer dans un bassin de vie rural. Notre

échantillon de 20 médecins présente 3 praticiens exerçant en semi-rural. Remarquons cependant qu'ils exercent tous trois à moins de 20 km d'une grande ville, et ne peuvent en aucun cas être représentatif d'un exercice rural plus reculé.

Enfin pour les quartiers dits populaires : seulement 3.9% des médecins exercent en Zone Urbaine Sensible selon le rapport ONZUS 2009 relatif à la démographie des professionnels de santé. Mais ce chiffre concerne l'ensemble des professions médicales alors que les médecins généralistes sont plus représentés dans ces zones. De toute façon, nos critères pour classer l'exercice des médecins en « quartiers populaires » étaient plus larges que la stricte définition territoriale des zones urbaines sensibles. Notre échantillon de 20 médecins présente 3 médecins exerçant dans un quartier urbain populaire.

2.3.c Biais possible lié à la zone géographique

Remarquons une particularité du département d'étude, les Alpes Maritimes. Selon l'observatoire des inégalités, à partir des chiffres ADELI de 2011^[58], la densité médicale par rapport à la population est particulièrement élevée en région PACA avec 409 médecins pour 100.000 habitants contre 331 pour la moyenne nationale. C'est en fait la première région de France, devant l'Île de France sur ce critère.

Les patients de cette zone géographique sont donc dans une situation où ils ont un large éventail de possibilités de choix de médecin. L'influence de la notion de relation choisie, avancée par les médecins dans notre étude, est donc probablement surévaluée par rapport à son importance au niveau national.

3. Techniques d'entretien

3.1 Familiarité et proximité sociale

Ne pas être sociologue est un frein certain à la réalisation productive d'entretiens semi-dirigés. Cependant, être médecin avait dans le cas de notre étude plusieurs avantages, et en premier lieu celui de la proximité sociale.

Certains des médecins interrogés pour cette thèse avaient d'ailleurs été rencontrés dans le cadre de remplacements. Les portes de leur cabinet nous avaient donc déjà été ouvertes dans un rapport de collaborateur, faisant naître, dans une certaine mesure, un sentiment d'interchangeabilité. On ne s'étonnera pas non plus que plusieurs entretiens aient été réalisés sur le mode du tutoiement.

Pierre Bourdieu précise les avantages d'une telle situation : « La proximité sociale et la familiarité assurent en effet [les] conditions principales d'une communication "non-violente". [...] Lorsque l'interrogateur est socialement très proche de celui qu'il interroge, il lui donne, par son interchangeabilité avec lui, des garanties contre la menace de voir ses raisons subjectives réduites à des causes objectives [...]. Cet accord s'affirme dans l'émission ajustée, toujours difficile à produire de manière consciente et intentionnelle, de tous les signes non verbaux, qui indiquent soit comment tel ou tel énoncé doit être interprété, soit comment il a été interprété par l'interlocuteur. »^[41]

Ainsi, de par la proximité sociale, le vocabulaire est le même et les références sont communes : la personne interrogée sent bien qu'elle est comprise, ce qui l'incite à exposer ses convictions intimes.

On aurait pu penser que cet avantage important s'estomperait au moment d'aborder les caractéristiques de « la nouvelle génération » où la différence d'âge tendrait à nous opposer plutôt qu'à nous faire paraître semblables. Curieusement pourtant, nous n'avons pas ressenti de gêne particulière, ni de frein à l'expression de sentiments parfois intenses sur ce thème. Comme si, par inertie, une fois l'entretien lancé et l'adhésion trouvée entre le chercheur et la personne interrogée, le lien ne se défaisait pas, quelque soit le thème abordé.

3.2 Le guide d'entretien

Comme le rappelle Sophie Duchesne, « on ne pose pas aux enquêtés les questions que l'on se pose en tant que chercheur. Il faut trouver les questions qui livreront dans les réponses les indicateurs dont on a besoin pour valider (ou non) les hypothèses. »^[19]

Ainsi notre guide d'entretien peut paraître flou ou évasif. En fait, une question est d'autant plus fermée qu'elle est précise. Si nous nous autorisons des termes plus génériques dans nos questions, la personne interrogée va, en réponse, fournir d'elle-même les données qui sont, pour elle, les plus cruciales. Ainsi, dans sa façon même d'interpréter la question, il y a déjà une part d'information qui fait jour.

En ce sens, même les incompréhensions sont révélatrices. Lorsqu'un médecin interrogé n'avait pas saisi l'objet de notre question, nous ne l'avons jamais interrompu et au contraire nous avons exploité le sujet qu'il abordait jusqu'au fond, avant de le rediriger sur la question initiale.

Nous avons tenté de faire nôtres les enseignements qu'avait bien voulu nous prodiguer le Pr. GuyDarcourt, lors de ses séminaires psychanalytiques prolongés de lectures et lors de plusieurs rencontres qu'il nous a fait l'amitié de nous accorder afin d'éclairer ce travail de thèse. Pour ce qui est de mener un entretien, le contraire de la précision n'est pas le flou mais la richesse. « Si on sait que, en laissant parler, on obtiendra plus d'informations qu'en posant des questions, même si l'interlocuteur [...] est imprécis car cette imprécision est significative, [...] si on sait qu'en ne posant pas de questions on n'induit pas d'éléments parasites, si on sait tout cela on n'a pas de peine à attendre et ce n'est pas une position passive. »^[14]

3.3 Ressenti de l'efficacité des relances

Certains médecins plus loquaces illustraient systématiquement leurs propos par des anecdotes. Il n'était pas rare que la dernière phrase en résume le sens sans que nous ayons à intervenir d'aucune manière.

Pour les plus discrets, la première question nécessitait parfois plusieurs échanges où nous nous attachions à laisser le champ libre à la parole de l'autre, puis le discours du médecin se libérait assez rapidement en cours d'entretien.

4. Le choix de la présentation de l'intégralité des entretiens

La publication de la retranscription intégrale des 20 entretiens dans un cahier ad hoc constitue une reconnaissance de ce qu'ils sont en eux-mêmes un résultat de notre étude. Nous nous inscrivons ainsi dans ce que Pierre Bourdieu appelait la

démocratisation de la posture herméneutique : chacun ayant accès à l'information brute pour pouvoir « s'imprégner de la nécessité singulière de chaque témoignage. »^[10]

5. Limites de l'analyse

Les partis pris de cette analyse s'inscrivent dans une perspective phénoménologique, et interprétativiste dans son épistémologie. Nous détaillons ici certaines limites de l'analyse telle que nous l'avons pensée pour ce travail de recherche.

5.1 Première limitation : pas de triangulation

Notre travail a fait intervenir un seul analyste. Une triangulation des résultats de deux analystes à partir du même verbatim d'entretiens aurait peut-être permis de limiter les biais d'interprétation lié aux a priori du chercheur.

Relativisons toutefois le biais en remarquant que selon certains auteurs, la triangulation n'est pas en elle-même un critère de validité^[44]. Par contre ces auteurs mettent en avant la clarté, l'intégrité, et l'explicitation des « coulisses », c'est-à-dire la façon concrète dont ont été recueillies et analysées les données, ce qui a guidé notre rédaction de la partie : Méthode en pratique.

5.2 Seconde limitation : pas de vérification auprès des participants

Les médecins ayant participé à l'étude n'ont pas été sollicités secondairement pour valider un corpus théorique issu de l'ensemble des entretiens menés. Il n'y a donc pas de "rétrocontrôle" des personnes interrogées sur l'utilisation de leurs propos dans l'élaboration de ce travail de recherche.

Si elle est souvent évoquée dans les démarches de qualité en recherche qualitative, cette validation rétrospective semble vouloir nier la responsabilité du chercheur dans l'élaboration d'une synthèse à partir de l'ensemble de points de vue collectés, et nous n'avons pas choisi d'y souscrire.

5.3 Le journal de bord du chercheur : les « mémos »

Il aurait été possible de rendre compte de façon plus détaillée de la genèse des concepts de l'analyse. Par exemple nous aurions pu préciser l'évolution de l'arborescence des nœuds à plusieurs étapes en cours d'étude, témoignant des ajustements au corpus des idées-forces au fur et à mesure de l'analyse des entretiens successifs. Cette démarche est au cœur de la théorie ancrée. Mais comme nous nous en sommes déjà expliqués dès le premier paragraphe de cette discussion, nous n'avons pas choisi d'en respecter scrupuleusement les principes.

5.4 L'influence de l'analyste en question

Remarquons que le plan de la présentation des résultats qualitatifs est déjà presque présent dans la grille d'écoute préalable aux entretiens. Dans ce genre de situation, on peut soit en conclure que le travail préparatoire avait permis au chercheur d'anticiper de façon exhaustive les concepts pertinents sur sa question d'étude, soit s'interroger sur l'influence des idées préconçues de l'analyste dans l'interprétation qu'il a fait du verbatim des entretiens.

Par exemple la question de l'influence du sexe du médecin, qui n'était pas présente dans la grille d'écoute, n'apparaît pas dans les résultats finaux. N'étions-nous pas prêts à entendre ces considérations, et donc avons-nous malgré nous limité la portée théorique des rares fois où cette question a été évoquée au fil des entretiens ?

De même l'impact des lois récentes reconnaissant un pouvoir décisionnaire au patient, en particulier la loi du 4 mars 2002 citée plus haut, ne figure pas dans la grille d'écoute et n'apparaît pas non plus de façon significative dans les entretiens. Ce bouleversement légal a pourtant profondément modifié le rapport entre le corps médical et les patients. Là encore, serait-ce une omission induite par un biais méthodologique ? On pourrait aussi analyser l'absence de ce thème en considérant que dans l'esprit des médecins, les transformations de la place du patient dans la décision médicale n'évoquent pas immédiatement les réformes du législateur, dont l'influence reste floue. Pragmatiques, ils s'appuient plutôt directement sur ce qu'ils constatent dans leur cabinet et sur ce qu'ils échangent avec leurs confrères sur le thème des nouveaux comportements des patients.

Si la grille d'écoute a bien identifié les thèmes, elle a, par contre, assez mal anticipé le volume des réactions pour chaque idée-force. L'architecture du corpus théorique a donc été repensée à partir des propos collectés pendant l'étude.

5.5 La partialité des commentaires

Dans la partie Résultats, les commentaires qui suivent chaque sous-partie sont des analyses tout à fait personnelles. Elles présentent le fruit de notre réflexion individuelle sur ces sujets qui nous tiennent à cœur, et en aucun cas ne cherchent à prouver le caractère démontrable de ce qu'elles avancent. Elles sont au contraire sujettes à débat et ont le mérite de proposer une interprétation originale et une mise en perspective des propos des médecins interrogés, tout à fait informatifs en eux-mêmes par ailleurs.

Signalons qu'au niveau théorique, nous avons résolument pris le parti de l'interprétation dans l'analyse. Vouloir à tout prix éviter que le chercheur mette sa patte sur le matériau collecté c'est risquer de présenter des résultats froids et sans perspective. Kaufmann^[37] nous met en garde : « conseiller trop de prudence comporte le risque, actuellement le plus répandu, et sans doute le plus grave : l'absence de production théorique, l'enquête qui ne parvient pas à décoller des faits. L'urgence commande donc de libérer l'interprétation. » Et encore : « Lorsqu'on demande à un informateur : "pourquoi avez-vous fait cela ?" [...], il y a toujours plusieurs raisons possibles, et un nombre encore plus grand de raisons cachées derrière les raisons apparentes. Si le chercheur se limite à la raison donnée par

l'informateur, il s'interdit de pouvoir mener un travail théorique. Il lui faut au contraire prendre le risque de l'interprétation, car la connaissance sociologique est à ce prix. »

6. Perspectives

6.1 Typologie dynamique

Nous avons d'emblée été très intéressés par l'élaboration d'une typologie dynamique, c'est-à-dire tenter d'établir si pour un profil de médecin donné (par exemple informatif ou délibératif), l'évolution au cours des années de la marge de négociation accordée au patient se faisait plus souvent dans un sens (par exemple vers plus d'autoritarisme).

Sans doute le design même de l'étude ne s'y prêtait-il pas, mais nous n'avons pas pu recueillir assez de données pour conclure sur cette question. Comme expliqué dans la partie résultats, il nous a plutôt semblé que l'évolution n'était pas prévisible en fonction du seul profil initial du médecin, ou du moins de l'idée que nous nous en faisons à travers son discours.

Cela pourrait laisser penser que d'autres facteurs rendent plus complexe la détermination de l'évolution des médecins, en particulier sur cette question de la négociation. D'autres travaux plus spécifiques pourraient prolonger, sur ces enjeux, la présente étude.

6.2 Le point de vue des patients

6.2.a Intérêt

De façon naturelle, lorsqu'il s'agit d'étudier une relation bipartite, mieux appréhender le point de vue d'une des parties rend curieux de connaître les considérations de l'autre. Ce que les médecins imaginent que leurs patients attendent de la relation médecin-malade se révélerait-il concordant ? Les freins à une bonne entente sont-ils les mêmes du côté du patient ? Quels sont les points de vue des patients sur la question de l'observance et de la négociation ?

6.2.b Une étude en miroir

Une étude en miroir pourrait tout à fait être envisagée, bien que les modalités de sa mise en œuvre seraient probablement assez différentes : les patients n'ayant pas les mêmes contraintes d'emploi du temps, cela permettrait de poser la question de la faisabilité d'une étude par focus group. Mais par ailleurs la population étudiée ne serait pas homogène du point de vue de la catégorie socioprofessionnelle, il faudrait donc probablement un nombre de participants beaucoup plus élevé pour obtenir un corpus reflétant l'ensemble des points de vue.

6.2.c La littérature

Pour notre part, nous nous sommes intéressés aux études déjà existantes. Elles sont nombreuses en Grande-Bretagne^{[57], [3]} pour des raisons déjà évoquées plus haut, mais plus rares en France. On y retrouve certains des éléments de satisfaction qui confirment ce que les médecins interrogés dans notre travail ont

deviné de leurs patients : importance pour eux de l'écoute et de la disponibilité du médecin.

Les patients français, à la différence de ce que l'on retrouve dans les études anglo-saxonnes, ne semblent pas évoquer comme facteurs décisifs la mise à jour des connaissances médicales ou le remboursement de l'acte^[16].

Par contre dans les études anglaises comme françaises, lorsqu'on donne la parole aux patients, des critères de satisfaction nouveaux apparaissent : en particulier le désir d'évolution d'une relation paternaliste vers un partenariat^[16]. Remarquons que ce thème a justement été identifié dans notre étude comme un sujet de friction autour des transformations en cours dans la relation médecin-patient.

Le parti pris de cette étude est bien sûr de s'intéresser à la façon dont est vécue la relation médecin-patient par les médecins généralistes. Elle permet de mettre au jour les enjeux pour les médecins et de montrer leur caractère très humain, qui ressort en premier lieu de ces entretiens.

Cette humanité est à la fois touchante et encourageante, pour tous les confrères et même pour tous les citoyens qui accéderaient à la lecture de cette thèse. La médecine reste une vocation dans laquelle les praticiens concernés engagent tout leur être, avec leurs qualités comme leurs limites. C'est ce qui en fait, plus qu'une science, un art.

Partie B : Ouverture à la philosophie

1. L'apport de la métaphysique, de la littérature et de la spiritualité

« Il n'y a guère de différence entre la philosophie et la médecine » écrit Hippocrate dans sa Bienséance^[28] « tout ce qui est dans la première est dans la seconde »

Pourtant comme le remarque pertinemment Victor Larger^[39], « La pensée médicale n'est pas métaphysique, elle s'en défend même, elle y a renoncé en devenant scientifique. »

Ce qui laisse des questions essentielles en suspens : « À mesure que la médecine faisait des progrès dans la connaissance de l'homme et dans sa capacité à le traiter par les techniques dont elle se dotait, s'est fait jour une difficulté de plus en plus insistante : quelle pouvait être la part de soi-même échangée dans la rencontre médicale, d'individu à individu ? »

« Il reste une insatisfaction dans la méthode scientifique : [...] elle déclare carrément forfait lorsqu'elle doit aborder ce qui est proprement humain dans l'homme. C'est qu'elle refuse délibérément soit de rechercher les causes premières, soit d'employer un mode de pensée autre que celui qui la détermine. [...] De l'homme, il reste finalement toujours une part que la science, en particulier médicale, ne sait ni ne peut envisager. »

C'est cette part que nous allons tenter d'appréhender ci-après dans les quelques considérations que nous avons retenues sur la Personne et la relation à l'Autre qui nous sont offertes par la philosophie et l'ouverture à la spiritualité.

2. Un homme : la matière, la forme et les principes individuels

Canguilhem lui-même affirmait que « l'homme, même physique, ne se limite pas à son organisme. »^[12]

C'est le propos que reprend Jacqueline Russ dans sa synthèse de la Pensée Ethique Contemporaine^[56] : « Le paradoxe, c'est que le savoir médical porte sur le corps considéré comme un organisme comme les autres, mais que le savoir-faire clinique inclut lui une relation au patient en tant que sujet. » Et de citer Merleau-Ponty dans la Phénoménologie de la Perception^[45] : « l'événement corporel a toujours une signification psychique. »

Comment prétendre prendre en charge la maladie d'autrui sans le considérer pleinement comme une personne unique lorsque, selon Canguilhem, « la définition de la maladie demande comme point de départ *la notion d'être individuel* »^[12] ?

Arrêtons-nous un instant sur le chapitre III des Misérables de Victor Hugo^[33] dont nous rappelons ici un extrait issu du dialogue entre Jean Valjean et l'évêque qui va le nourrir et le loger :

« -Voici, je m'appelle Jean Valjean. Je suis un galérien. [...]

-Qu'ai-je besoin de savoir votre nom ? D'ailleurs, avant que vous me le disiez, vous en avez un que je savais.

L'homme ouvrit des yeux étonnés.

-Vrai ? Vous saviez comment je m'appelle ?

-Oui, répondit l'évêque, vous vous appelez mon frère. »

Vouloir endosser le rôle de l'évêque qui va secourir le misérable qui le croise peut constituer une tentation pour le médecin. Certains auront même peut-être nourri cette illusion pendant leurs études. Mais à l'épreuve de la réalité, ce serait instrumentaliser le patient, lui prêter un rôle a priori, "sans avoir besoin de connaître son nom". Il est une autre façon d'aider ou d'aimer qui se situe dans la disponibilité à la rencontre, dans l'Ouverture à l'Autre.

3. La dimension existentielle de la rencontre

La dimension spirituelle du soin dépasse les questions spirituelles éventuellement abordées avec le patient. Comme l'explique bien Claude Rougeron, médecin généraliste et docteur en Ethique Médicale : « l'écoute, une écoute qui facilite le quotidien à vivre, la parole même du malade, voire son silence, constituent un soin spirituel. Pour moi, cet ensemble va donc bien au-delà de la simple réponse aux besoins spirituels. Il s'agit d'une véritable qualité de présence, qui englobe énormément d'émotion, de tendresse, de gestes, de regards. C'est une sorte d'ambiance puissante, palpable, une sorte d'arrachement au quotidien. »^a

^a « La Dimension spirituelle dans le soin », résumé du cours du premier mars 2001 par J.J. Bezelgues cité par Bernard Honoré^[31]

On retrouve cette idée de présence, en termes plus spécialisés mais néanmoins accessibles, dans les textes d'un psychiatre et philosophe existentialiste allemand, Karl Jaspers : « Je suis moi-même quand je cesse de me réfugier derrière un point de vue objectif que je ne fais que représenter, et que, tout comme moi-même, l'autre existence ne peut plus être objet pour moi. On rencontre ici une présence qu'on a pu appeler immédiateté, mais qui n'est pas une donnée première, passive, de la nature, mais l'être-présent. »^[34]

Et il y a plus. Ce n'est pas seulement un acte existentiel au niveau du praticien qui doit s'ouvrir à sa présence à l'autre, mais un acte phénoménologique qui met en jeu l'ensemble soignant-soigné. Nédoncelle Maurice^[43], penseur post-husserlien, en précise les modalités : « La perception du toi est, dans cette mesure même, liée à un minimum de réciprocité. Si elle est, elle ne peut être que bilatérale ; car afin que je perçoive une personnalité, à la différence d'une chose, il faut que cette personnalité s'ouvre à moi, il faut au moins qu'elle ne se refuse pas et que je puisse entrer dans son jaillissement intérieur. L'initiative d'un des sujets pourra accroître ou diminuer le lien mutuel ; mais au point de départ, la réciprocité est à la fois donnée et voulue simultanément dès qu'il y a perception. »

Emmanuel Mounier, fondateur de la revue *Esprit* et l'un des principaux inspirateurs de la philosophie de Paul Ricœur, oppose à un individualisme étroit et défensif sa théorie du personnalisme : « Par expérience intérieure, la personne [que nous sommes] nous apparaît aussi comme une présence dirigée vers le monde et les autres personnes, sans bornes, mêlée à eux, en perspective d'universalité. Les autres personnes ne la limitent pas, elles la font être et croître. »^[49]

Dans cette perspective, nous ouvrir à l'autre ne nous contraint pas, mais nous révèle.

4. Philosophe, Médecin, Sociologue, Homme

Enfin, Pierre Bourdieu fait se rejoindre l'art de la médecine et l'art de la sociologie, qui ont tous deux nourris notre travail, en parlant simplement de l'« entretien », qui pourrait être celui de l'enquêteur et de l'enquêté mais aussi celui du médecin et du patient : « Je dirais volontiers que l'entretien peut être considéré comme une forme d'*exercice spirituel*, visant à obtenir par *l'oubli de soi*, une véritable *conversion du regard* que nous portons sur les autres dans les circonstances ordinaires de la vie. La disposition accueillante, qui incite à faire siens les problèmes de l'enquêté, l'aptitude à le prendre et à le comprendre tel qu'il est, dans sa nécessité singulière, est une sorte d'*amour intellectuel*. »^[10]

Conclusion

La relation médecin-patient a été théorisée par des écoles de pensée successives et son impact ne cesse d'être évalué par l'Evidence BasedMedecine.

Notre objectif était de rendre compte des enjeux professionnels mais aussi personnels, voire émotionnels, du point de vue du médecin, qui entrent en jeu dans l'évolution de la relation lors d'un suivi au long cours.

Notre travail retrouve des résultats attendus sur le rôle d'une relation médecin-malade soutenue dans l'amélioration de la prise en charge des troubles fonctionnels mais aussi de l'adhésion thérapeutique. Les médecins interrogés se disent plus efficaces lors d'un suivi au long cours de par la bonne connaissance globale de leurs patients mais redoutent une erreur médicale liée à la routine.

La relation de confiance est une notion importante pour le lien thérapeutique mais aussi pour la valorisation personnelle du médecin. Certains propos recueillis semblent étayer le modèle de la construction progressive de cette confiance au fil des contacts répétés. Mais il apparaît aussi l'importance incontournable des affinités entre les personnes. Le libre choix du praticien en médecine libérale est alors présenté comme un facteur essentiel de réussite de l'organisation des soins, en ce qu'il permet de mettre en relation un patient et un médecin partageant une vision de ce qu'ils doivent être l'un pour l'autre.

Pour autant, ne sont pas réduites à néant les tensions sur la question des rapports d'autorité et de négociation entre professionnels et « profanes », en particulier avec la révolution de l'accès à l'information par Internet, et la remise en cause de leur statut social ressentie par les médecins interrogés. Mais ces tensions n'affectent pas le lien profond qui lie ces médecins à leurs patients fidèles depuis des années, à la fois facteur de satisfaction et moteur d'une plus grande implication dans le soin.

Ainsi, nous avons montré en quoi le suivi au long cours est un déterminant d'une relation forte, et mis au jour certaines limites par l'analyse des points de vue recueillis.

Ce travail illustre l'apport possible des méthodes qualitatives, bien connues des sociologues, pour éclairer certains enjeux profonds de la question « qu'est-ce qu'être médecin ? », et plus particulièrement en médecine générale. La réalisation même des entretiens, à l'occasion de cette thèse, a été pour nous source d'un enrichissement personnel inattendu. Nous espérons avoir rendu compte dans la présente étude de la complexité et de la richesse de ces rencontres et récits d'expérience, nous incitant à réinventer notre façon d'exercer la Médecine.

Pour conclure, reprenons un propos issu d'un ouvrage dirigé par Balint^[4], propre à attirer l'attention du médecin généraliste d'aujourd'hui^[55]: « Au lieu de se demander comment ils pouvaient au mieux examiner, diagnostiquer et soigner leurs malades, les médecins se demandèrent désormais comment leurs malades pouvaient faire d'eux, leurs médecins, la meilleure utilisation ».

Annexes

SOMMAIRE DES ANNEXES :

Annexe 1 : Grille d'entretien	83
Annexe 2 : Grille d'écoute.....	84
Annexe 3 : Date, durée et volume des entretiens.....	86
Annexe 4 : Tableau 1/2 de caractéristiques des médecins interrogés.....	87
Annexe 5 : Tableau 2/2 de caractéristiques des médecins interrogés.....	88
Annexe 6 :Arborescence des nœuds sous nVivo	89

Annexe 1 : Grille d'entretien (version du 21 décembre 2013)

Je vous remercie de me recevoir aujourd'hui.

Il s'agit de parler de votre expérience de la relation médecin-patient et de réfléchir sur son éventuelle évolution avec le temps. Votre point de vue, exprimé ici, sera utilisé pour un travail de recherche, élaboré dans le cadre de ma thèse en Médecine, de façon parfaitement anonyme. Comme convenu l'entretien d'aujourd'hui est enregistré, et si vous êtes d'accord nous pouvons commencer.

RELATION MEDECIN-PATIENT

- 1) Pourriez-vous me raconter des exemples, issus de votre expérience, de moments clés dans la relation médecin-patient ?
- 2) Qu'est ce qui fait que ça marche ou que ça ne marche pas ?

SUIVI AU LONG COURS

- 3) Avez-vous constaté une évolution dans votre façon d'interagir avec vos patients au cours des années ? Il y a des choses qui ont changé pour vous personnellement (dans votre façon d'aborder la relation) ?
- 4) Et les patients, ils changent ?
- 5) Au jour d'aujourd'hui, entre un patient que vous suivez depuis longtemps et un nouveau patient, il y a des différences dans votre façon d'interagir ?
- 6) Est-ce que ça change quelque chose sur l'efficacité en tant que médecin ? (+/- par exemple ?)
- 7) Avec un patient que vous suivez depuis longtemps, certaines choses deviennent plus faciles ou plus difficiles ?
- 8) Et concernant la négociation avec le patient, vous l'abordez différemment avec les années ?
(Et la bonne distance / l'implication en tant que MG / la gestion des patients difficiles?)

SATISFACTION

- 9) Le long cours, ça joue sur la satisfaction ?

PERSPECTIVES

- 10) Quels conseils auriez-vous envie de donner à la nouvelle génération de médecins concernant la relation médecin-patient ?

Première relance : Hun hun, je vous en prie.

Deuxième relance : Vous dites [« »] c'est ça ? OU Vous avez parlé de [« »] (...Qu'est-ce que vous auriez envie d'en dire ? OU Et du coup...)

Autre relance : répéter la question (ou une partie : Ça, c'est le moment-clé...)

Autre : Ça s'est présenté récemment ? Vous avez un exemple en tête, peut-être ?

Lorsqu'un thème (identifié dans la grille ou jugé immédiatement pertinent) est évoqué par l'interviewé, le relancer sur le mode : ...et pour [« »], quand c'est un patient que vous suivez depuis longtemps, ça change quelque chose ?

Annexe 2 : Grille d'écoute (version du 25 Septembre 2013)

RELATION MEDECIN-PATIENT

- le cadre de l'exercice [temps de consultation, nombre de consultations pour motif aigu vs chronique, voire médical vs socio-psychique]
- définition personnelle [dimension de la rencontre humaine, outils de communication (pour obtenir des données cliniques et pour faire passer des messages)]
- les moments-clés [instauration : vient sur le conseil d'un membre de la famille ou d'un ami, le rôle de la première consultation, renforcement lors de moments difficiles : annonce, décès dans la famille]

QUALITE DE LA RELATION

- importance [fidélisation, cadre indispensable]
- déterminants [patience, écoute et ouverture du MG, rôle des atomes crochus]
- difficultés [manque de temps, personnalités difficiles (ou difficilement compatibles)]
- psychologie [position haute vs position basse (éventuellement alternance saine de ces deux positions), reproduction de relations connues (par exemple parentale, de séduction..), imaginaire et symbolique ('ils ont besoin qu'on les aide', 'ils me font confiance, je le sais')]

SUIVI LONG COURS : EVALUATION DE L'IMPACT SUR L'EFFICACITE

- i) jugée sur l'observance (+/- séduire et suggérer)
 - (1) du traitement
 - (2) de l'aide au changement (arrêt tabac, régime et autres RHD...)
 - (3) de l' « acceptation » des Examens Para-Cliniques (inclut dépistage)
 - (4) de l' « acceptation » à consulter un spécialiste (par ex. un psychiatre)
- ii) jugée sur le rôle psychologique
 - (1) « remède médecin » / décharger son fardeau / réassurance (+/- placebo)
 - (2) question spécifique des maux fonctionnels (+/- 'vous n'avez rien' : finalement est-ce que le médecin lui-même ne va pas plus s'intéresser si ça fait plusieurs années ?!)
 - (3) diagnostic des troubles mentaux (...et psychothérapie ?)
 - (4) diagnostic : parler d'un événement intime
 - (5) affronter une annonce de diagnostic grave + le suivi
 - (6) parler de la mort
- iii) jugée sur l'attitude coopérative du patient («équilibre directif/passif »)
- iv) prise en charge globale du patient (+/- les 3 diagnostics de monsieur G. de Balint)
- v) communication : langage profane vs langage scientifique

SUIVI LONG COURS : INFLUENCE SUR LES DETERMINANTS DE LA RELATION

- la bonne distance (empathie entre identification et froideur) [plus facile après de nombreuses années, plus difficile après de nombreuses années, notion de contre-transfert]
- implication du MG [se battre pour la continuité des soins, nombre d'explorations selon patient nouveau vs connu, plus facile de faire la part des choses entre plaintes et symptômes réels, lassitude dans certains cas]
- gestion des patients difficiles
 - (1) patients difficiles : des types de personnalités (théorisation disponible chez le Médecin Généraliste ?) Et différents types d'approche qui dépendent du MG ?
 - (2) changement dans l'approche avec les années ?
 - (3) rôle dans ce changement du fait d'avoir « pratiqué » le patient longtemps? (vs évolution personnelle/structurelle au cours des années)

SATISFACTION

-l'impact satisfaction-patient de la relation suivie [confiance, sensation d'être entendu, rassuré d'être avec quelqu'un de connu]

-l'impact satisfaction-médecin de la fidélisation des patients [relations choisies avec conditions d'exercice plus détendues, avantage d'un réseau social, sentiment de valorisation pour le praticien de sa compétence technique et/ou relationnelle]

FORMATION (ET NOUVELLES GENERATIONS)

-FMC sur le thème relation médecin-patient [déjà fait, a connaissance de l'offre (+/- groupe Balint ?), considère comme prioritaire par rapport à d'autres formation]

-pendant les études [se rappelle avoir eu une formation spécifique, impact estimé, importance de la formation, objectifs de la formation]

-la nouvelle génération [qualité de leur intérêt pour la relation, nouvelle contrainte systémique changeant le cadre de la relation, perspectives pour le futur]

Annexe 3 : Date, durée et volume des entretiens

Numéro d'entretien	Date de l'entretien	Durée de l'enregistrement	Nombre de mots de la retranscription
E01	26/09/2013	36:32	6200
E02	18/12/2013	29:12	5235
E03	18/12/2013	28:50	4053
E04	19/12/2013	25:59	3316
E05	28/01/2014	27:53	3978
E06	28/01/2014	36:34	6321
E07	30/01/2014	34:36	4338
E08	31/01/2014	30:26	5085
E09	03/02/2014	35:39	6440
E10	04/02/2014	27:03	4543
E11	04/02/2014	38:05	6635
E12	04/02/2014	36:26	6210
E13	05/02/2014	33:25	6457
E14	05/02/2014	31:13	5826
E15	06/02/2014	27:39	6260
E16	06/02/2014	49:25	8442
E17	06/02/2014	26:17	5209
E18	07/02/2014	23:05	4017
E19	21/02/2014	35:20	5099
E20	04/03/2014	46:43	7887

Annexe 4 : Tableau 1/2 de caractéristiques des médecins interrogés

Numéro d'entretien	Genre	Secteur conventionnel	Type de lieu d'installation	Nombre de changements de local	Nombre de changements de clientèle	Durée moyenne d'une consultation (en min)
E01	Homme	secteur 2	citadin, résidentiel	0	0	20
E02	Homme	secteur 2	citadin, populaire	0	0	15
E03	Homme	secteur 2	citadin, résidentiel	0	0	30
E04	Homme	secteur 2	citadin, résidentiel	1	0	15
E05	Homme	secteur 1	citadin, résidentiel	0	0	15
E06	Homme	secteur 1	citadin, résidentiel	2	2	20
E07	Homme	secteur 1	citadin, résidentiel	4	3	22,5
E08	Homme	secteur 1	citadin, résidentiel	1	0	17,5
E09	Femme	secteur 2	citadin, résidentiel	1	0	22,5
E10	Homme	secteur 1	citadin, résidentiel	1	0	17,5
E11	Femme	secteur 1	citadin, résidentiel	2	1	20
E12	Homme	secteur 1	semi-rural	1	1	15
E13	Femme	secteur 2	citadin, résidentiel	1	0	15
E14	Femme	secteur 1	citadin, résidentiel	1	0	15
E15	Homme	secteur 2	citadin, populaire	1	0	20
E16	Homme	secteur 1	citadin, résidentiel	0	0	12,5
E17	Homme	secteur 1	citadin, résidentiel	1	1	15
E18	Homme	secteur 1	citadin, populaire	1	0	15
E19	Homme	secteur 1	semi-rural	1	0	20
E20	Homme	secteur 1	semi-rural	2	2	17,5

Annexe 5 : Tableau 2/2 de caractéristiques des médecins interrogés

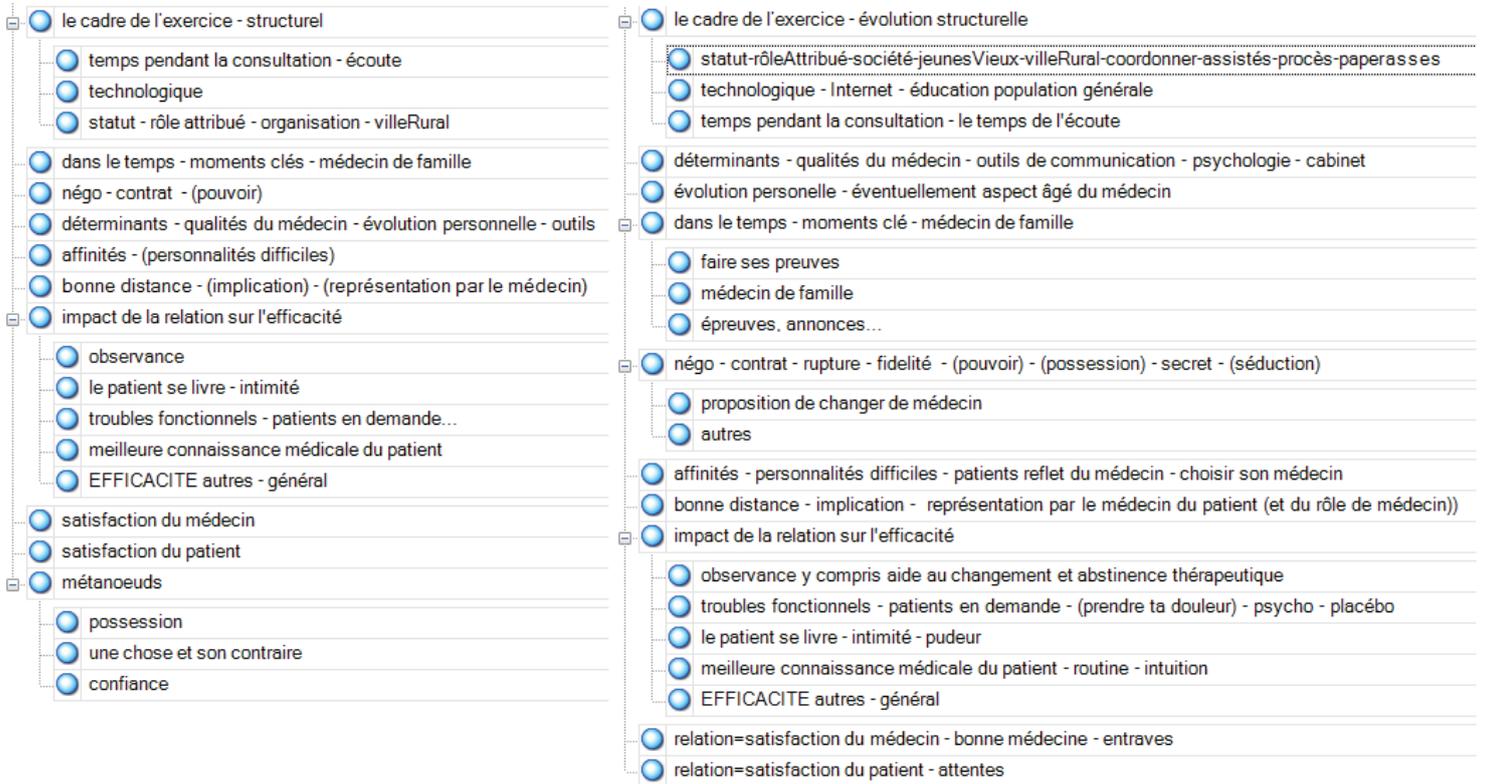
Numéro d'entretien	Maître de stage	Formations sur le thème de la relation	Allègue être intéressé par le thème
E01	non	oui	oui
E02	non	oui	oui
E03	non	oui	oui
E04	non	oui	oui
E05	non	non	oui
E06	non	non	oui
E07	non	oui	oui
E08	oui	oui	oui
E09	non	oui	oui
E10	non	oui	oui
E11	oui	oui	oui
E12	non	non	oui
E13	non	non	oui
E14	non	non	oui
E15	non	non	oui
E16	oui	non	oui
E17	non	oui	oui
E18	non	oui	oui
E19	non	non	non
E20	non	oui	oui

Annexe 6 : Arborescence des nœuds sous nVivo
après analyse des 4 premiers entretiens (à gauche) et à la fin de l'analyse (à droite)

version du 12/01/2014

et

version du 11/04/2014.



Bibliographie

1. ADAM P, HERZLICH C. *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Paris : Armand Colin, 2007, 127p.
2. AMIGO I, CUESTA V, FERNANDEZ A, GONZALES A. The effect of verbal instruction on blood pressure measurement. *J Hypertens*. 1993;11:293-6.
3. BAKER R. Interpersonal continuity of care : a cross-sectional survey of primary care patients' preferences and their experiences. *Br J Gen Pract*. 2007;57(537):283-9.
4. BALINT M, BALINT E, PASMORE S, GILL C, NORELL JS. *Six minutes par patient : interactions en consultations de médecine générale*. trad BARRISSE R. Paris : Payot, 1976, 228p. (Science de l'homme).
5. BALINT M. *Le Médecin, son Malade et la Maladie*. trad VALABREGA JP. 2nded. Paris : Payot, 1966, 422p.
6. BECKER H. *Les ficelles du métier : comment conduire sa recherche en sciences sociales*. Paris : La découverte, 2002, 352p. (Guides Repères).
7. BLANCHET A, GOTMAN A. *L'entretien*. 2nd ed. Paris : Armand Colin, 2007, 126p. (L'enquête et ses méthodes).
8. BLANCHET A. *Dire et faire dire : l'entretien*. 2nd ed. Paris : A. Colin, 1997, 172p.
9. BLOY G, SCHWEYER FX. *Singuliers généralistes : sociologie de la médecine générale*. Rennes : Presses de l'EHESP, 2010, 424p.
10. BOURDIEU P. *La misère du monde*. Paris : Editions du Seuil, 1993, 1460p.
11. BURY J. Problématique de la prise en charge du patient fonctionnel : comment passer du « Vous n'avez rien qui m'intéresse » à « Ce qui m'intéresse c'est que vous n'avez rien ». *Psychol Méd*. 1977;9:2353-8
12. CANGUILHEM G. *Le Normal et le pathologique*. 11thed. Paris : P.U.F., 2010, 224p.
13. CARRICABURU D, MENOIRET M. Les transformations dans la relation médecin/malade : mythes et réalités. *Les Cahiers français*. 2005;324:79-84.
14. DARCOURT G. *La psychanalyse peut-elle encore être utile à la psychiatrie?* Paris : Odile Jacob, 2006, 254p.
15. DE MAESENEER JM, DE PRINS JM, GOSSET C, HEYERICK J. Provider continuity in family medicine: does it make a difference for total health care costs? *Ann Fam Med*. 2003;1(3):144-8.
16. DEDIANNE MC, HAUZANNEAU P, LABARERE J, MOREAU A. Relation médecin-malade en soins primaires : qu'attendent les patients ? *Rev Prat Med Gen*. 2003;17(162):653-6.
17. DI BIASI Z, HARKNESS E, ERNST E, GEORGIU A, KLEIJNEN J. Influence of context effects on health outcomes : a systematic review. *Lancet*. 2001;357(9258):757-62.
18. DONAHUE KE, ASHKIN E, PATHMAN DE. Length of patient-physician relationship and patients' satisfaction and preventive service use in the rural south: a cross-sectional telephone study. *BMC Fam Pract*. 2005;6:40.
19. DUCHESNE S, HAEGEL F. *L'entretien collectif*. Paris : Armand Colin, 2008, 126p. (L'enquête et ses méthodes).
20. EMANUEL EJ, EMANUEL LL. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA*. 1992;267(16):2221-6.
21. ETTLINGER PR, FREEMAN GK. General practice compliance study : is it worth being a personal doctor? *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1981;282(6271):1192-4.
22. FLOCKE SA, MILLER WL, CRABTREE BF. Relationships between physician practice style, patient satisfaction, and attributes of primary care. *J Fam Pract*. 2002;51(10):835-40.
23. FREIDSON E. *La Profession Médicale*. Paris : Payot, 1984, 369p.

24. GLASER BG, STRAUSS A. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Renewed Edition. New Brunswick : Aldine Transaction, 1999, 271p.
25. HAGGERTY J. The future for personal doctoring, *Br J Gen Pract*. 2009;59(561):236-7.
26. HERITAGE J, MAYNARD DW. Problems and prospects in the study of physician-patient interaction : 30 years off research, *Annu Rev Sociol*. 2006;32:351-74.
27. HERZLICH C, BUNGENER M, PAICHELER G, ROUSSIN P, ZUBER MC. *Cinquante ans d'exercice de la médecine en France : les carrières et les pratiques des médecins français 1930-1980*. Paris : Doin-INSERM, 1993, 260p.
28. HIPPOCRATE. *Œuvres complètes : volume 9*. trad LITTRE E. Paris : JB. Baillière, 1861, 473p.
29. HLORTDAHL P. Continuity of care: general practitioners' knowledge about, and sense of responsibility toward their patients. *FamPract*. 1992;9(1):3-8.
30. HLORTDAHL P. The influence of general practitioners' knowledge about their patients on the clinical decision-making process. *Scand J PrimHealth Care*. 1992;10(4):290-4.
31. HONORE B. *L'esprit du soin*. Paris : SeliArslan, 2011, 189p.
32. HUDELSON P. La recherche qualitative en médecine de premier recours. *Rev Med Suisse*. 2004;503(2497).
33. HUGO V. *Les Misérables*. Paris : Gallimard, 1951, 1808 p. (La Pléiade).
34. JASPERS K. *Philosophie*. trad HERSCH J. Paris : Springer-Verlag, 1986, 824p.
35. JAURY P. "Groupes Balint" 55-60, in GRIMALDI A, COSSERAT J. *La relation médecin-malade*. Paris : Elsevier, 2004, 202p. (EMC référence).
36. KAMINSKI M, LANG T, LECLERC A. *Inégaux face à la santé*. Paris : La Découverte, 2008, 300p.
37. KAUFMANN JC. *L'entretien compréhensif*. 3th ed. Paris : Armand Colin, 2011, 126p. (L'enquête et ses méthodes).
38. KRUEGER A, CASEY MA. *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research*. 4th ed. ThousandOaks : SAGE Publications, 2008, 240p.
39. LARGER V. *Le médecin et le patient : éthique d'une relation*. Paris : L'Harmattan, 2011, 289p.
40. LASCOUMES P. "Représenter les usagers" 107-125, in BUNGENER M, BASZANGER I, PAILLET A. *Quelle médecine voulons-nous ?* Paris : La Dispute, 2002, 249p.
41. LECLERC A, FASSIN D, GRANDJEAN H, KAMINSKI M, LANG T. *Inégalités sociales et santé*. Paris : La Découverte, 2010, 448p.
42. LELORD F, ANDRE C. *Comment gérer les personnalités difficiles*. Paris : Odile Jacob, 1996, 346p.
43. MAURICE N. *Personne humaine et nature*. Paris : Aubier, 1962, 168p.
44. MAYS N, POPE C. "Quality in qualitative health research" 89-101, in POPE C, MAYS N. *Qualitative Research in Health Care*. 2nd ed. London : BMJ Books, 2000, 168p.
45. MERLEAU-PONTY M. *Phénoménologie de la perception*. Paris : Gallimard, 1945, 531p.
46. MILLER WR, ROLLNICK S. *Motivational interviewing : preparing people to change addictive behavior*. New York : GuilfordPress, 1991, 348p.
47. MOREAU A, BOUSSAGEON R, GIRIER P, FIGEON S. Efficacité thérapeutique de « l'effet médecin » en soins primaires. *Presse Med*. 2006;35:967-73.
48. MOUMJID-FERDJAOUI N, CARRERE MO. La relation médecin-patient, l'information et la participation des patients à la décision médicale : les enseignements de la littérature internationale. *Rev Fr Aff Soc*. 2000;2:73-88.
49. MOUNIER E. *Le Personnalisme*. Paris : P.U.F., 1971, 127p. (Que sais-je ?).

50. MULLEN PD, SIMONS-MORTON DG, RAMIREZ G, FRANKOWSKI RF, GREEN LW, MAINS DA. A meta-analysis of trials evaluating patient education and counseling for three groups of preventive health behaviors. *Patient EducCouns.* 1997;32(3):157-73.
51. PARSONS T. "Social Structure and Dynamic Process : The Case of Modern Medical Practice" 428-80, in PARSONS T. *The Social System.* Glencoe : Free Press, 1951, 596p.
52. RIDD M, SHAW A, LEWIS G, SALISBURY C. The patient-doctor relationship : a synthesis of the qualitative literature on patients' perspectives. *Br J Gen Pract.* 2009;59(561):116-33.
53. ROGERS CR. The non directive method as a technic for social research. *Am J Sociol.* 1945;50:279-83.
54. ROMESTAING P, LE BRETON-LEROUVILLOIS G. *La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en région Provence-Alpes-Côte-d'Azur : situation au 1er Juin 2011.* Paris : CNOM, 2011, 50p.
55. ROUY JL, POUCHAIN D. "Relation médecin-malade et médecine générale" 37-53, in GRIMALDI A, COSSERAT J. *La relation médecin-malade.* Paris : Elsevier, 2004, 202p. (EMC référence).
56. RUSS J, LEGUIL J. *La Pensée Ethique Contemporaine.* Paris : P.U.F., 2012, 127p.(Que sais-je ?).
57. SCHERS H, VAN DEN HOOGEN H, BOR H, GROEL R, VAN DEN BOSCH W. Preference for a general practitioner and patients' evaluations of care : a cross-sectional study. *Br J GenPract.* 2004;54(506):693-4.
58. SICART D. Les professions de santé au 1er janvier 2011. *Etudes Statistiques de la DREES.* 2011;158.
59. STRAUSS A. *La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme.* Paris :L'harmattan, 1992, 311p.
60. SZASZ T, HOLLANDER MH. A Contribution to the Philosophy of Medecine, The Basic Models of the Doctor-Patient Relationship. *AMA Arch Intern Med.* 1956;97(5):585-92.
61. WEST P. "The Physician and the management of childhood epilepsy" 13-31, in WADSWORTH M, ROBINSON D. *Studies In Everyday Medical Life.* London : Martin Robertson, 1976, 218p.

TABLES DES MATIERES

INTRODUCTION.....	8
LA RELATION MEDECIN-MALADE.....	10
1. La perspective sociologique	10
2. Les médecins et la relation médecin-patient.....	12
3. Droits des patients : quelques aspects légaux	14
4. L'Evidence Based Medicine et les travaux récents	15
METHODE	18
I : METHODOLOGIE THEORIQUE	18
1. Type d'étude.....	18
2. Méthode choisie et type d'analyse	19
II : LA METHODE EN PRATIQUE	20
1. Population étudiée	20
2. Guide, grille et techniques d'entretien	21
3. Déroulement des entretiens	22
4. Traitement des données	23
RESULTATS.....	25
I : RESULTATS : CARACTERISTIQUES DESCRIPTIVES ET RESULTATS INTERMEDIAIRES	25
1. Recrutement et déroulement des entretiens	25
2. Démographie de la population interrogée	26
3. Résultats intermédiaires de l'analyse et saturation théorique.....	29
II : RESULTATS QUALITATIFS : EXTRAITS DE VERBATIMS ET COMMENTAIRES.....	30
<i>Partie A : Qualités du généraliste, évolution personnelle et changements</i> <i>sociétaux.....</i>	30
1. Les qualités humaines du praticien.....	30
2. Evolution personnelle du médecin au cours des années.....	32
3. Changements liés aux progrès technologiques	36
4. Dégradation du statut du médecin généraliste	37
5. L'organisation des soins en pleine mutation	40
<i>Partie B : Comment naît la relation de confiance.....</i>	45
1. Construction dans le temps.....	45
2. Les affinités naturelles	48
<i>Partie C : Rôle de la relation au long cours sur l'efficacité thérapeutique</i>	51
1. Meilleure efficacité médicale dans certains domaines.....	52
2. L'avantage de bien connaître son patient mais le piège de la routine.....	56
<i>Partie D : Satisfaction du médecin et du patient.....</i>	59
1. Le long cours : un élément clé de la satisfaction du médecin	59
2. La satisfaction côté patient : importance de la relation	61
<i>Partie E : Bonne distance, notion de contrat et négociation.....</i>	62
1. Trouver la bonne distance.....	63
2. Notion de contrat : la proposition de changer de médecin traitant.....	66
3. Négociation : autorité ou séduction	68

DISCUSSION	71
<i>Partie A : Considérations méthodologiques, limites et perspectives.....</i>	<i>71</i>
1. Méthode Qualitative : la question de la théorisation ancrée.....	71
2. Recrutement de l'échantillon.....	72
3. Techniques d'entretien	73
4. Le choix de la présentation de l'intégralité des entretiens.....	74
5. Limites de l'analyse	75
6. Perspectives.....	77
<i>Partie B : Ouverture à la Philosophie.....</i>	<i>78</i>
1. L'apport de la métaphysique, de la littérature et de la spiritualité.....	78
2. Un homme : la matière, la forme et les principes individuels	79
3. La dimension existentielle de la rencontre	79
4. Philosophe, Médecin, Sociologue, Homme	80
CONCLUSION	81
ANNEXES	82
BIBLIOGRAPHIE.....	90

SERMENT D'HIPPOCRATE

Réactualisé par le Pr. Bernard Hoerniet publié dans le Bulletin de l'Ordre des médecins, 1996, n°4, p. 4

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.