



HAL
open science

Le toucher : un regard de médecins généralistes

Charlotte Lasserre

► **To cite this version:**

Charlotte Lasserre. Le toucher : un regard de médecins généralistes. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02073850

HAL Id: dumas-02073850

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02073850>

Submitted on 20 Mar 2019

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.

UNIVERSITÉ DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTÉ DE MÉDECINE D'AMIENS

Année 2018 N° 2018-72

**LE TOUCHER : UN REGARD DE MÉDECINS
GÉNÉRALISTES**

Thèse pour le doctorat en médecine (diplôme d'État)
Spécialité : Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement
le 4 juillet 2018

par
Charlotte LASSERRE
Née le 04 février 1989

Président du Jury : Monsieur le Professeur Gabriel CHOUKROUN

Jury : Monsieur le Professeur Bernard BOUDAILLEZ
Monsieur le Professeur Éric HAVET
Monsieur le Docteur Jean SCHMIDT

Directeur : Monsieur le Docteur Aimeric LEFETZ

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Gabriel CHOUKROUN,
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier (Néphrologie),
Doyen, Directeur de l'Unité de Formation et de Recherche de Médecine d'AMIENS,
Chef du service de Néphrologie, médecine interne, dialyse, transplantation et réanimation
médicale,
Chef du Pôle "Médico-chirurgical digestif, rénal, infectieux, médecine interne et
endocrinologie" (D.R.I.M.E)

*Vous me faites l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Je vous remercie du soutien
essentiel que vous m'avez apporté pour mes projets professionnels et vous prie de recevoir
l'expression de mon profond respect et de mon admiration.*

A mes juges,

Monsieur le Professeur Bernard BOUDAILLIEZ,
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier (Pédiatrie),
Pôle "Femme - Couple - Enfant",
Officier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Monsieur le Professeur Eric HAVET,
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier,
Anatomie,
Assesseur du Premier Cycle

Monsieur le Docteur Jean SCHMIDT,
Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier,
Médecine interne

*Merci à vous trois d'avoir accepté d'être membre de ce jury de thèse malgré vos nombreuses
sollicitations, merci pour le regard extérieur que vous pourrez me donner sur mon travail,
merci de me faire l'honneur de le juger.*

Au Docteur LEFETZ,

Médecin généraliste,

mon directeur de thèse, pour avoir accepté sans réserve de diriger ce travail, pour avoir mis vos compétences au service de la médecine générale. Trouvez ici la marque de ma reconnaissance pour votre accompagnement.

Je voudrais témoigner ma reconnaissance à monsieur et madame WILMART. J'ai travaillé dans le service de cardiologie de Soissons avec Christelle et là, elle m'accueille, encouragée dans mon projet. Monsieur Wilmart, lui m'a donné des conseils, des indications de travail qui m'ont été très précieux. Merci à tous les deux.

Je pense à ma grand-mère, Dadette, pour ses petits-enfants, qui avait elle-même fait des études de médecine, avec qui j'aimais à discuter de tout et aussi de médecine. Elle nous a quittés avant de pouvoir lire ce travail.

Merci à Béatrice, Denise, François, José, qui m'ont donné un coup de main soit par un livre, soit par un encouragement, soit par une relecture.

Merci à Lara, Zoé, Thomas et Coralie pour leur aide, leur présence confiante et leur amitié solide.

Merci à ma mère qui a été présente autant que j'ai eu besoin d'elle et merci à son pull rose de m'avoir accompagnée pendant de longues heures de travail.

TABLE DES MATIERES

I.	INTRODUCTION	7
A.	La définition du terme « toucher »	7
1.	Le toucher dans le langage usuel	7
2.	L'évolution du toucher dans les dictionnaires médicaux	7
B.	La place du toucher et de la clinique dans la pratique médicale	8
II.	MATÉRIEL ET MÉTHODE	9
A.	L'équipe de recherche	9
1.	Caractéristiques personnelles	9
2.	Relations avec les participants	9
B.	La conception de l'étude	9
1.	Recherche bibliographique	9
2.	Cadre théorique – Choix de la méthode	10
3.	Sélection des participants	10
a.	Critères d'inclusion	10
b.	Critères d'exclusion	11
4.	Contexte	11
5.	Recueil des données	11
a.	Guide d'entretien	11
b.	Entretiens	12
C.	L'analyse et les résultats	12
1.	Analyse des données	12
2.	Rédaction	13
III.	RÉSULTATS	14
A.	Présentation de la population étudiée	14
B.	Analyse thématique des entretiens	15
1.	Représentations du toucher chez les médecins généralistes	15
2.	Raisons pour lesquelles les médecins généralistes sont amenés à toucher le patient lors d'une consultation	18
a.	L'accueil du patient	18
b.	L'examen physique	18
1.1.	Le toucher pathique	19
1.2.	Le toucher qui développe la relation médecin – malade	20
3.	Opinions des médecins généralistes quant à l'existence de consultations où il n'y a aucun contact physique entre médecin et patient	20
4.	Le toucher : source de gêne pour le patient et pour le médecin	22

a.	La manière dont les médecins généralistes gèrent la gêne du patient lors du toucher dans une consultation	22
b.	Réflexions des médecins généralistes sur leur rapport au corps du patient	25
1.1.	La gêne propre au médecin :	25
1.2.	La gêne du médecin provoquée par la gêne du patient	27
IV.	DISCUSSION	28
A.	Discussion sur la méthodologie	28
1.	Le choix de l'entretien plutôt que le questionnaire	28
2.	La population étudiée - Biais de recrutement	28
a.	Biais de sélection	28
b.	La proportion inégale de la représentation des sexes entre les médecins	28
c.	La région Picardie n'est pas représentée de façon équilibrée	29
d.	Les tranches d'âge sont représentées de façon inégale	29
e.	La proportion médecins installés/médecins remplaçants est déséquilibrée	29
3.	Le guide d'entretien et réalisation des entretiens	30
a.	Modification du guide d'entretien	30
b.	Compréhension des questions de l'entretien	31
4.	La retranscription	31
5.	L'analyse des données	32
B.	Discussion sur l'analyse des résultats	33
1.	Trois formes de toucher et le pouvoir du médecin	33
a.	Les trois touchers	33
1.1.	Le toucher clinique	33
1.2.	Le toucher magique	33
1.3.	Le toucher pathique	34
b.	Le pouvoir du médecin	35
1.1.	Le pouvoir du médecin à travers ces différents touchers	35
1.2.	Le médecin traitant référent : figure d'autorité	35
2.	Les difficultés de l'examen physique	36
a.	Le problème de l'accompagnant	36
b.	Le problème de l'examen de la région pelvienne	37
c.	Les difficultés des femmes médecins	38
d.	Les difficultés liées aux représentations du patient	38
3.	Disparition possible du toucher dans la consultation	39
a.	Les médecins généralistes donnent une très grande importance au toucher	39
b.	Le toucher ne serait plus nécessaire	39
4.	Le toucher comme innovation	40

a. La défense du toucher	40
b. L'examen physique : un moment sacré.....	41
c. Quel médecin pour l'avenir ?.....	41
1.1. Un médecin scientifique	41
1.2. Le médecin du futur est dans une situation difficile.....	42
V. CONCLUSION.....	43
BIBLIOGRAPHIE	44
ANNEXES	46
Annexe 1 : GUIDE D'ENTRETIEN 1	46
Annexe 2 : GUIDE D'ENTRETIEN 2	48
Annexe 3 : Entretiens audio.....	50
Annexe 4 : Entretiens retranscrits.....	50

I. INTRODUCTION

Le toucher est le sens le plus sollicité encore aujourd'hui dans la consultation de médecine générale. Mais le regard des médecins sur ce dernier a été très peu traité comparé à celui des infirmiers, des kinésithérapeutes, pour lequel on retrouve de nombreuses études. C'est pourquoi j'ai souhaité traiter ce sujet.

A. La définition du terme « toucher »

1. Le toucher dans le langage usuel

La définition du toucher nous est d'abord donnée par un dictionnaire moderne, le Petit Robert^[1] de 1985 : *toucher* 1361 vient de *toukier* 1226 : « *un des cinq sens correspondant à la sensibilité cutanée qui intervient dans l'exploration d'objets par la palpation* »

Le dictionnaire Littré^[2] de 1877 est plus précis : « *celui des cinq sens qui nous fait connaître les qualités palpables des corps [...] Les sensations ne produiraient que des jugements faux s'ils n'étaient à tout instant rectifiés par le témoignage du toucher. Celui-ci est le sens solide, c'est la pierre de touche et la mesure de tous les autres.* »

La langue aujourd'hui définit le toucher comme sens alors que le dictionnaire Littré insiste sur sa valeur. Il est plus important que tous les autres sens. En médecine aussi la signification a beaucoup évolué, avec une disparition du jugement valorisant le toucher.

2. L'évolution du toucher dans les dictionnaires médicaux

En médecine, le terme « toucher » a beaucoup évolué. En effet, on peut constater que, dans le Larousse médical^[3] de 1924, le toucher est défini à la fois de manière philosophique : « *le sens du toucher est très important parce qu'il donne à l'homme le sentiment de son existence* » (Condillac), et de manière physiologique en expliquant les différentes fonctions du toucher : « *la peau comme organe du toucher* », le « *sens de la douleur* », le « *sens du lieu et de la localisation* », le « *sens du temps* », le « *sens thermique* » et le « *sens musculaire* ». Cependant ce terme tend à devenir simplement technique avec dans le dictionnaire Garnier Delamare^[4] de

2004 « *mode d'investigation employé surtout en obstétrique et en chirurgie qui consiste à introduire l'index ou l'index et le médius et quelquefois toute la main dans la cavité naturelle que l'on veut explorer. Il se combine souvent avec la palpation* ».

Le toucher est présent dans la pratique de la médecine et quelles que soient les époques. Toutefois il apparaît encore plus technique aujourd'hui.

B. La place du toucher et de la clinique dans la pratique médicale

Plus généralement, le toucher en médecine (qu'on peut appeler gnosique) se décline en trois actions : la palpation, la percussion, l'auscultation. Les médecins grecs, romains, les physiciens de la Renaissance ont palpé le pouls, ont palpé les abdomens... Le toucher a traversé l'histoire de la médecine mais parfois de manière surprenante : à l'époque de Molière, les médecins ne touchaient pas les malades, ils laissaient cette tâche aux chirurgiens barbiers qui saignaient les malades. Leur savoir était purement livresque et cette absence de pratique a souvent été moquée. Les comédies de Molière en donnent l'exemple !

L'invention du stéthoscope par Laënnec, précédée par la découverte de la percussion d'Auenbrugger et de Corvisart, inaugure l'époque de la médecine moderne. Laënnec ouvre l'ère clinique du grec *clinos*, couché. C'est ce que Michel Foucault appelle « *la naissance de la clinique*^[5] ». Pendant longtemps la médecine a d'abord été une médecine clinique fondée sur les gestes de la palpation, de la percussion et de l'auscultation, qui constituent l'examen physique, une partie de l'examen clinique.

D'après Jean-François Hutin, jusqu'à la Seconde Guerre mondiale, les médecins étaient d'abord des cliniciens. Les gestes de palpation pouvaient être très précis et recherchaient des maladies précises : « *il tentait d'élucider le cas clinique qui se présentait à lui avec ses cinq sens plus un sixième, son « bon sens » [...] point encore d'électrocardiographe, d'échographie, [...] seulement deux yeux, deux mains et deux oreilles, et une intelligence autant intuitive que cultivée*^[6] ». Depuis la deuxième guerre mondiale, les diagnostics se font de plus en plus grâce à la technique (examens de laboratoire, endoscopie, imagerie médicale...).

Le but de cette étude est de comprendre la place du toucher dans une consultation de médecine générale à une époque où la médecine est plus technique et scientifique que clinique. On peut se demander quel est le regard des médecins généralistes sur l'enjeu relationnel et thérapeutique du toucher dans la consultation.

II. MATÉRIEL ET MÉTHODE

A. L'équipe de recherche

1. Caractéristiques personnelles

Interne de 3^{ème} année en DES de médecine générale en Picardie, j'ai mené moi-même les entretiens.

Mon savoir dans le domaine de la recherche a été acquis grâce à la lecture de livres de méthodologie sur la réalisation des enquêtes qualitatives et sur la réalisation d'entretiens. Mon expérience sur le terrain, au cours de cette enquête, m'a permis d'affiner au fur et à mesure les connaissances et la technique pour mener des entretiens.

2. Relations avec les participants

Aucune relation antérieure ne peut être retrouvée entre l'enquêteur (moi-même) et les participants.

Les médecins ont accepté de participer à l'enquête après avoir pris connaissance du thème abordé par ma thèse.

Souvent, avant les entretiens, ils m'ont demandé ce qui avait motivé cette recherche. Je leur répondais qu'on reviendrait à cette question après l'entretien.

B. La conception de l'étude

1. Recherche bibliographique

Devant la difficulté à trouver des références sur le sujet du toucher avec les mots – clés tels que « toucher », « examen », « clinique », « examen clinique », « physique », « examen physique », j'ai fait appel au Bureau d'aide à la recherche (B.A.R) de la bibliothèque universitaire d'Amiens.

2. Cadre théorique – Choix de la méthode

Le regard des médecins généralistes sur le contact physique entre médecin et patient, et leur ressenti a été étudié grâce à une étude qualitative à partir d'entretiens individuels semi-dirigés. Pour l'étude du regard des médecins généralistes ainsi que leur ressenti, ces entretiens ont été menés à partir de questions ouvertes permettant aux médecins de pouvoir laisser libre cours à leurs idées, à leur pensée.

L'étude a été arrêtée lorsque la saturation des données a été atteinte.

3. Sélection des participants

J'ai choisi de réaliser un échantillon diversifié qui « *repose sur la sélection de composantes non strictement représentatives mais caractéristiques de la population* ^[7] ».

Onze médecins généralistes ont été recrutés en Picardie, dans les trois départements, par téléphone via les Pages jaunes ou grâce à des personnes qui m'ont orientée vers certains médecins.

« Allô, bonjour, je me présente, je suis Charlotte Lasserre, je suis interne de Médecine Générale en 3^{ème} année. Je prépare actuellement ma thèse pour laquelle je réalise des entretiens avec des médecins généralistes. Je souhaiterai vous rencontrer pour réaliser un entretien avec vous ».

Lors du recrutement, quatre-vingt-dix-neuf médecins ont été contactés. Quatre-vingt-sept ont refusé de participer par manque de temps ou par absence d'intérêt à participer à une thèse de médecine. Un médecin a d'abord accepté de participer et lors du rendez-vous pour l'entretien, ce dernier a finalement refusé de répondre par manque de temps.

a. Critères d'inclusion

Ont été retenus pour l'enquête des médecins généralistes ayant une activité libérale (installés en cabinet ou remplaçants) en Picardie, hommes et femmes, de tout âge, sans durée d'installation minimale ou maximale.

b. Critères d'exclusion

Ont été exclus de l'enquête tous les médecins d'autres spécialités que la médecine générale.

Ainsi que tout médecin n'ayant pas une activité libérale.

Enfin, ont été exclus de l'enquête tous les médecins non originaires de la région Picardie.

4. Contexte

Les médecins généralistes ont été rencontrés, pour certains, sur leur lieu de travail, au cabinet ou pour d'autres, chez eux selon ce qui les arrangeait le plus.

Outre le médecin interrogé et moi – même, aucune autre personne n'était présente lors des entretiens.

5. Recueil des données

a. Guide d'entretien

Le guide d'entretien (Annexe 1) a été réalisé avec des questions ouvertes sur les différents thèmes que je voulais aborder relatifs au toucher dans une consultation de médecine générale. Il « *structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer^[7]* ». Le choix avait été fait de réaliser des entretiens peu structurés car il s'agissait d'entretiens exploratoires. J'ai donc formulé une consigne qui consiste en « *l'instruction de l'interviewer qui définit le thème du discours attendu de l'interviewé^[7]* » que j'ai ensuite mise à l'épreuve dans un entretien test, l'entretien numéro 1.

J'ai, arbitrairement, décidé que le premier médecin qui répondrait favorablement pour la réalisation d'un entretien serait l'entretien test. Les données récupérées par cet entretien ont été intégrées à l'analyse. À la suite de cet entretien, une sixième question a été ajoutée pour les médecins qui n'évoquaient le toucher que lors de l'examen physique dans une consultation afin d'explorer d'autres axes possibles dans leur perception du toucher. Le guide d'entretien a donc été modifié (Annexe 2).

Dans le guide d'entretien, apparaissent des questions entre parenthèses qui étaient les questions de relance si les médecins ne voyaient pas bien comment répondre ou s'ils demandaient des précisions.

Le guide avait été relu par mon directeur de thèse et validé par le Département de Médecine Générale de la faculté de médecine d'Amiens.

b. Entretiens

L'enregistrement des entretiens est audio et a été réalisé grâce à un Dictaphone qui, après accord des médecins, était placé entre l'interviewé et moi (Annexe 3 sur CD-Rom).

Durant et après l'entretien, je prenais des notes sur les notions qui, selon moi, apparaissaient dans le discours des médecins ainsi que sur les sources bibliographiques que certains médecins donnaient lors de leur interview.

Ces entretiens individuels ont duré entre 4min 37sec et 31min 03sec.

Le seuil de saturation a été défini lorsque aucune nouvelle notion n'est apparue au cours de l'analyse des entretiens.

C. L'analyse et les résultats

1. Analyse des données

L'analyse du contenu « *vise à une lecture seconde d'un message, pour substituer à l'interprétation intuitive ou instinctive une interprétation construite^[8] »*.

Les entretiens ont été retranscrits mot à mot sur le logiciel Word (Annexe 4 sur CR-Rom) en prenant en compte à la fois le discours verbal des médecins mais également les éléments non verbaux (rires, silences, hésitations...).

Pour l'analyse, j'ai utilisé le logiciel Nvivo afin de visualiser les notions apportées par les médecins sous forme de nœuds regroupés ensuite entre eux selon des thèmes définis à partir des données recueillies.

J'ai choisi de, d'abord, faire une analyse entretien par entretien afin « *de rendre compte pour chaque entretien de la logique du monde référentiel décrit* »^[7]. Ensuite, j'ai réalisé une analyse thématique afin d'avoir une vision plus transversale.

Une seconde analyse entretien par entretien a été réalisée par une tierce personne qui connaissait les principes d'une enquête qualitative et l'utilisation du logiciel NVIVO. Les notions retrouvées par cette personne étaient tout à fait similaires aux miennes.

2. Rédaction

Pour la rédaction de la partie « Résultats », toutes les notions retrouvées ont été illustrées par les citations des participants (anonymisés avec le code MG 1 à 11 selon la chronologie de réalisation des entretiens) et regroupées selon les thèmes principaux qui étaient abordés dans le guide d'entretien.

Pour la rédaction du chapitre « Discussion », une première partie a d'abord été rédigée sur les forces et les faiblesses de la méthodologie employée pour cette enquête. Dans une seconde partie, les résultats obtenus ont été présentés et confrontés aux données de la littérature retrouvées qui traitent en partie du sujet étudié.

III. RÉSULTATS

A. Présentation de la population étudiée

Médecin	Sexe H/F	Tranche d'âge (années)	Zone d'installation	Type d'exercice	Durée d'installation
MG 1	H	> 60	Oise	Libéral	> 30 ans
MG 2	H	< 35	Oise	Libéral	4 ans
MG 3	F	< 35	Oise	Libéral	3 ans
MG 4	H	50-60	Aisne	Libéral	23 ans
MG 5	F	35-50	Aisne	Libéral	13 ans
MG 6	F	< 35	Oise	Remplaçant	1 an et 6 mois
MG 7	H	35-50	Oise	Remplaçant	1 an et 11 mois
MG 8	H	< 35	Oise	Libéral	3 ans
MG 9	F	> 60	Aisne	Libéral	34 ans
MG 10	F	> 60	Aisne	Libéral	31 ans
MG 11	H	50-60	Somme	Libéral	30 ans

Tableau 1 : Caractéristiques de la population étudiée

L'inclusion des médecins et la réalisation des entretiens ont eu lieu de janvier 2018 à mars 2018. L'étude a été menée jusqu'à obtention d'une saturation des données après réalisation de onze entretiens avec des médecins généralistes.

La population étudiée comprend onze médecins des Hauts – de – France, dont trois installés dans la Somme, deux installés dans l'Aisne et six installés dans l'Oise.

Parmi ces médecins, on retrouve six hommes et cinq femmes.

Parmi les médecins généralistes interviewés, trois ont plus de 60 ans, deux ont entre 50 ans et 60 ans, deux ont entre 35 ans et 50 ans, et enfin quatre ont moins de 35 ans.

Tous les médecins participants ont une activité libérale, dont deux qui étaient remplaçants.

La durée d'installation des médecins interviewés va de 1 an et 6 mois à 34 ans.

B. Analyse thématique des entretiens

Les représentations, les limites et les conséquences du toucher sont présentées selon quatre chapitres : les représentations des médecins généralistes sur le toucher, les raisons pour lesquelles les médecins touchent le patient, les opinions des médecins généralistes quant à l'existence de consultations où il n'y a aucun contact physique entre médecin et patient et enfin la gêne occasionnée par le toucher chez le patient et chez le médecin.

1. Représentations du toucher chez les médecins généralistes

Lorsque la question de ce qu'évoque le toucher dans une consultation de médecine générale a été posée, la majorité des médecins interviewés ont pris un petit moment de réflexion avant de répondre. Ils trouvaient souvent le sujet vaste mais accessible, car c'est un sujet présent dans leur pratique quotidienne.

Pour trois médecins, le toucher évoque l'accueil du patient dans la salle de consultation avec la poignée de main :

- MG 2 : *« je pense que la poignée de main ne fait pas partie du contact, mais quoique »*
- MG 3 : *« quand on dit bonjour forcément on touche le patient, on lui serre la main »*
- MG 6 : *« ça commence même avant que la consultation débute, par une poignée de main »*

Quatre médecins considèrent le toucher comme un déterminant de la relation médecin-malade :

- MG 3 : *« puis le côté un petit peu humain où on a besoin de contact avec son patient quand même »*
- MG 8 : *« ça fait partie de la relation. »*
- MG 7 : *« C'est un thème important dans la relation médecin – malade »*
- MG 11 : *« le toucher permet de découvrir des... déjà de communiquer avec le patient »*

Pour deux médecins, le toucher est une obligation dans la consultation de médecin générale :

- MG 3 : *« l'obligation de toucher le patient pour l'examiner et savoir ce qu'il a »*
- MG 5 : *« C'est un passage obligé dans l'examen clinique. »*

Pour huit médecins interviewés sur onze, le toucher suggère l'examen clinique :

- MG 1 : « *l'obligation de toucher le patient pour l'examiner et savoir ce qu'il a* »
- MG 2 : « *La palpation, enfin c'est l'examen clinique* »
- MG 3 : « *Toucher, examen clinique. Enfin...* », « *L'examen clinique vraiment le côté vraiment médical* »
- MG 4 : « *de facto moi ça m'évoque l'examen clinique* »
- MG 5 : « *quand nous auscultons,* »
- MG 8 : « *ça fait partie de l'examen clinique qui a forcément un côté très tactile* »
- MG 9 : « *la problématique du toucher rectal [...]. Le toucher vaginal [...] la palpation il n'y a pas de souci pour la faire* »
- MG 10 : « *Je ne me vois pas faire d'examen sans palper, toucher* »

Deux médecins généralistes, par le toucher, estiment entrer dans l'intimité du patient :

- MG 4 : « *ça m'évoque aussi en parallèle rentrer dans l'intimité du patient clairement* »
- MG 7 : « *le contact physique, c'est un geste très intime* »
- MG 8 : « *le contact physique permet d'éloigner des non-dits* »

Trois médecins décrivent le toucher comme magique :

- MG 4 : « *le côté un peu magique du toucher aussi, le côté marabout et toucher.* »
- MG 5 : « *Une façon de transmettre un peu d'énergie aussi, enfin c'est un peu [rires], ça fait un peu pensée magique* »
- MG 11 : « *dans ce toucher il y a quelque chose d'un petit peu magique qui est très important.* »

Trois médecins, eux, disent que le toucher peut être thérapeutique :

- MG 8 : « *y a un effet thérapeutique aussi du point de vue du patient* », « *cela fait partie aussi du processus de guérison probablement* »
- MG 9 : « *donc toucher les gens, les rassurer, et être doux et ferme, c'est un traitement. Voilà.* »
- MG 11 : « *ça fait partie du traitement le toucher déjà pour commencer* »

Un médecin interviewé associe le toucher à la douleur :

- MG 4 : « *avec le toucher il peut y avoir la douleur, il y a le thème de la douleur qui revient après derrière* »

Trois médecins considèrent le toucher comme fondamental lors d'une consultation de médecine générale :

- MG 10 : « *Quelque chose d'essentiel.* »
- MG 11 : « *quelque chose de fondamental* »
- MG 6 : « *Une condition nécessaire à la pratique dans le sens où il est difficile de pratiquer un examen somatique sans toucher le malade, c'est le cœur du métier.* »

Enfin, trois médecins généralistes disent que le toucher peut être vécu comme une agression :

- MG 11 : « *il y a certains gestes qui peuvent être mal compris si ils ont été mal expliqués.* »
- MG 4 : « *le toucher ça peut être l'agression, ça peut être vécu comme une agression [rires].* »
- MG 1 (histoire racontée par le médecin généraliste alors qu'il me raccompagnait à la porte du cabinet) : lors d'une consultation après avoir ausculté les poumons d'une patiente, le médecin généraliste a palpé les ganglions sous-maxillaires en étant toujours au niveau du dos de la patiente. Cette dernière a vécu ce geste comme déplacé et s'en est plaint à l'Ordre des médecins car elle l'avait vécu comme une agression.

Maintenant que les médecins participants ont évoqué les différentes représentations qu'ils ont du toucher dans une consultation de médecine générale, nous allons comprendre pourquoi les médecins peuvent toucher le patient lors d'une consultation

2. Raisons pour lesquelles les médecins généralistes sont amenés à toucher le patient lors d'une consultation

a. L'accueil du patient

Trois médecins interviewés estiment que le toucher permet l'accueil du patient dans la consultation et permet également de conclure la consultation au moment de la sortie du patient du cabinet par la poignée de main :

- MG 6 : « *la poignée de main en entrant, la poignée de main en sortant.* »
- MG 8 : « *déjà quand on lui dit bonjour. On lui serre la main, ça... c'est voilà... c'est déjà... Le contact de serrer la main, c'est important parce qu'il y a pas mal de choses qu'on peut sentir déjà à ce moment-là.* »
- MG 9 : « *Bonjour, on prend la main.* »

b. L'examen physique

Huit médecins généralistes sur les onze interviewés considèrent que le toucher sert à examiner :

- MG 2 : « *ça va être organe par organe, enfin domaine par domaine. La palpation du ventre recherche une défense, recherche une contracture. La palpation des aires ganglionnaires.* »
- MG 3 : « *Quand je vais l'examiner. Quand on prend la tension, quand on écoute le cœur quand on fait tout ça on est obligé de le toucher de toute manière le patient* »
- MG 4 : « *Bah la clinique, déjà je pense que ça, c'est la première raison.* »
- MG 5 : « *A chaque consultation. Même pour une dépression, même pour quelque chose qui n'est pas de l'ordre du somatique, je prends forcément une tension.* »
- MG 6 : « *Dans un deuxième temps il y a l'examen physique qui se passe au lit d'examen.* »
- MG 7 : « *y aurait d'abord le toucher clinique qui serait donc un toucher informatif pour obtenir une information par rapport à la question qu'on se pose vis à vis de la situation clinique du patient.* »
- MG 10 : « *tout le temps dès que je l'examine, l'abdomen. Souvent quand je leur prends leur tension, je leur caresse un peu l'avant-bras pour qu'il y ait un contact* »

- MG 11 : « *je regardais quelqu'un qui avait un problème de névralgie, la peau, quand on n'en a pas l'habitude, la peau est complètement différente que la peau de quelqu'un qui n'a pas de névralgie, la peau est cartonnée, on le sent tout de suite même si le patient ne parle pas.* »

1.1. Le toucher pathique

Sept médecins utilisent le toucher pathique.

En effet pour MG 4 le toucher apporte une aide dans les situations d'empathie : « *où on peut être amené à rentrer dans l'intimité c'est dans des situations d'empathie, pour tenir une main* »

Là où d'autres parlent du toucher comme d'un soutien au patient :

- MG 2 : « *Une petite tape sur l'épaule ou voilà pour montrer qu'on est là et qu'on soutient la personne ça arrive* »
- MG 5 : « *il peut y avoir une main sur l'épaule ou sur le bras quand j'ai l'impression que ça peut apporter aux gens un peu de soutien* »

Quatre autres médecins perçoivent le toucher comme pouvant rassurer le patient :

- MG 6 : « *si je sens le patient un petit peu stressé, j'ai tendance à poser la main sur l'épaule ou à prendre le bras quand je prends la tension.* », « *à la suite d'une mauvaise nouvelle, il pose ses mains sur le bureau, on fait le tour du bureau et on pose les mains sur les mains du malade en guise de réassurance en fait pour essayer de le soutenir un petit peu dans ce moment qui est difficile.* »
- MG 8 : « *ça peut être prendre la main de quelqu'un quand elle est en train de pleurer voir la personne est en train de pleurer et essayer de la rassurer avec un petit contact physique comme ça* »
- MG 7 : « *le toucher pathique, à savoir euh un toucher visant à...comment dire les choses ? [long silence]. Un toucher visant à rassurer le patient, une façon de lui transmettre par le geste et non par la parole, une empathie dont on pense pouvoir faire preuve à son égard.* »
- MG 3 : « *Il y a aussi un peu des fois quand il y a besoin de réassurance* », « *elles ont besoin aussi de contact pour se sentir rassurées* »

Enfin, un médecin dit que le toucher permet d'apporter du réconfort au patient :

- MG 2 : « *une main sur l'épaule ou quelque chose comme ça pour réconforter je pense que ça fait partie aussi de l'examen clinique.* »

1.2. Le toucher qui développe la relation médecin – malade

Quatre médecins généralistes relient le toucher à la confiance que le patient peut leur porter :

- MG 3 : « *prendre confiance en la personne avec qui elles sont.* »
- MG 5 : « *C'est un complément dans la relation* »
- MG 10 : « *il y a un contact qui s'établit, confiance, c'est important, ça. Très.* »
- MG 11 : « *le côté relationnel* », « *c'est important pour le contact* »
- MG 8 : « *cela renforce la confiance* »

Après avoir demandé aux médecins interviewés de définir leur manière de voir le toucher dans une consultation et les raisons pour lesquelles ils sont amenés à toucher le patient, la situation est abordée de façon quasiment inverse, car nous abordons maintenant la question des consultations où les médecins généralistes sont amenés à ne pas toucher le patient.

3. Opinions des médecins généralistes quant à l'existence de consultations où il n'y a aucun contact physique entre médecin et patient

Cinq médecins ont paru étonnés de l'existence de l'absence de toucher dans une consultation de médecine générale. En effet, ces derniers affirment toucher quelle que soit la demande du patient :

- MG 1 : « *même si la souffrance relève d'un problème psychologique, il y aura quand même toucher car si le malade est venu me voir c'est qu'il n'a pas envie de voir un psychologue et qu'il n'a pas envie de voir un psychiatre* »

- MG 2 : « *il y a des gens qui viennent juste pour remplir des papiers purement administratifs. Donc au pire il y a une prise de tension mais il n'y a pas de palpation, il n'y a pas de percussion.* »
- MG 5 : « *Alors dans mon cas, même quand on discute psychologie, il y a forcément la poignée de main à la fin* »
- MG 9 : « *Déjà je leur dis bonjour en leur prenant la main donc je vois pas très bien comment je peux ne pas toucher* »
- MG 11 : « *Pour le toucher il y a un minimum, au moins prendre une tension.* »

Pour deux médecins, les consultations ayant pour motif une souffrance psychologique peuvent justifier l'absence de contact physique entre médecin et patient :

- MG 4 : « *est en grande souffrance à cause de ça, il ne venait pas pour que je le touche, il venait pour qu'on en discute. Voilà donc ce n'est pas obligatoire.* »
- MG 6 : « *Les patients ne viennent pas toujours pour quelque chose de somatique les patients Ils viennent aussi parfois pour quelque chose de psychique et là ce n'est pas forcément approprié de venir les toucher.* »

Trois médecins évoquent les consultations dites administratives pour lesquelles le toucher ne serait pas nécessaire :

- MG 2 : « *on a des consultations qui vont être purement administratives si je puis dire où il n'y a aucune plainte somatique, aucune plainte clinique.* »
- MG 3 : « *on a des consultations où on a juste des papiers à remplir ou ça arrive qu'on n'ait pas d'examen clinique à faire* », « *le patient vient chercher son renouvellement de 100%* »
- MG 8 : « *Il y a les procédures administratives, je sais pas moi, des renouvellements de traitements, par exemple pour l'épilepsie qui ne nécessite pas un contrôle clinique quel qu'il soit* »

Enfin, deux médecins évoquent le refus du patient à être touché, à être examiné :

- MG 4 : « *La première chose, c'est que le patient peut refuser, c'est son droit, c'est son corps* »
- MG 10 : « *Soit le patient est complètement réticent, ça, ça peut arriver* »

Dans ce travail traitant du regard des médecins généralistes sur le contact physique entre médecin et patient dans une consultation il est important d'aborder la question de la gêne. Selon les principes de la communication non verbale, le toucher entraîne une distance interpersonnelle entre médecin et patient de l'ordre de l'intimité. Nous aborderons donc la manière dont les médecins généralistes gèrent la gêne du patient lors du toucher et également le ressenti des médecins dans leur rapport au corps du patient.

4. Le toucher : source de gêne pour le patient et pour le médecin

a. La manière dont les médecins généralistes gèrent la gêne du patient lors du toucher dans une consultation

Lorsque le médecin prend en charge un patient qui consulte, il peut être amené à le toucher comme vu précédemment. Cependant ce toucher du corps de l'autre peut entraîner une gêne chez le patient. Nous allons ici présenter les différentes attitudes des médecins généralistes pour pouvoir travailler afin de comprendre et étudier le motif qui a amené le patient à consulter malgré cette gêne.

Deux médecins ont associé la gêne du patient d'être touché au refus catégorique de ce dernier d'être touché. Ils disent qu'il faut alors accepter ce refus quand tel est le cas :

- MG 1 : « *libre à elle, au final, de ne pas accepter si elle ne veut absolument pas accepter. En définitive chacun est libre de refuser absolument* »
- MG 4 : « *le patient peut refuser, c'est son droit* »

Lorsque la gêne du patient est due au fait que médecin et patient sont de sexe opposé, trois médecins orientent leur patient vers un médecin du même sexe :

- MG 1 : « *Si elles refusent absolument, par exemple un toucher vaginal, je proposerai une consultation gynécologique et je proposerai de voir une femme plutôt qu'un homme, que moi donc,* »
- MG 2 : « *je les adresse à mes collègues femmes donc pour tout ce qui va être examen gynécologique, palpation des seins.* »
- MG 3 : « *ça m'arrive de les rediriger vers des collègues hommes quand je vois que ça*

pas comme ça »

Pour deux médecins, quand le patient présente une gêne au moment du toucher, il peut être intéressant de lui rappeler que le praticien a une certaine expérience de la médecine pour justifier le geste, le toucher :

- MG 3 : *« Leur dire l'expérience qu'on a »*
- MG 6 : *« combien de fois quand ils sont gênés à se déshabiller un petit peu je leur dis « vous savez là je ne suis pas une dame, je suis un docteur. Et des gens nus j'en vois tous les jours et euh des articulations, des abcès pilonidals j'en palpe tous les jours et voilà quoi. Sortie de la salle d'attente je ne dis pas que j'aurai oublié qui vous êtes mais ça restera entre nous, il n'y aura pas de remarque et de toute façon il n'y aura pas de jugement de ma part ». »*

Sept médecins expliquent au patient les raisons du geste, les raisons de l'examen physique, les raisons du toucher :

- MG 1 : *« essayer de faire avec, tout en expliquant », « J'essaie de lui expliquer la nécessité absolue de ce toucher »*
- MG 3 : *« J'essaie toujours, voilà, de bien parler, de communiquer, de lui dire ce que je vais faire, d'expliquer pourquoi je suis amenée à le toucher aussi »*
- MG 4 : *« Je dirai en expliquant, en parlant aux gens, en expliquant ce qu'on va faire, ça c'est indéniable. », « il faut y aller en expliquant et expliquer pourquoi on veut le faire, pourquoi on recherche quelque chose, dire qu'on ne va pas le faire pour le faire. »*
- MG 5 : *« Je leur explique tout ce que je fais »*
- MG 6 : *« expliquer ce que l'on va faire « là je vais écouter vos poumons » « on va regarder ce que votre ventre nous dit ». »*
- MG 10 : *« Moi, j'explique »*
- MG 11 : *« Il faut toujours le faire avec tact, en prévenant de ce qu'on fait », « Parler, parler, parler. »*

Un médecin gère la gêne du patient par l'indifférence :

- MG 1 : *« le malade peut être gêné de présenter son corps. Auquel cas je fais l'indifférent. C'est-à-dire que je fais mon examen comme si de rien n'était. »*

Trois médecins utilisent l'humour, la plaisanterie pour détendre le patient et dédramatiser la situation de gêne :

- MG 3 : « *Alors moi j'essaie toujours de plaisanter un petit peu avec le patient pour le mettre à l'aise* »
- MG 4 : « *Je blague beaucoup avec mes patients* »
- MG 5 : « *Avec l'humour, je dédramatise.* »

Quatre médecins prennent en compte la gêne du patient pour poursuivre la consultation :

- MG 1 : « *La gêne il faut effectivement la prendre en compte* »
- MG 4 : « *en respectant cette pudeur, vous pouvez utiliser, recouvrir les gens, si il y a des gens qui sont gênés,* »
- MG 8 : « *Il faut toujours essayer de la respecter au maximum parce que ça arrive.* »
- MG 7 : « *il faut respecter, il faut bien avoir en tête que cela fait partie du travail de la médecine de premier recours que d'avoir ces notions-là en tête et de bien se mettre à la place du patient, se rendre compte de la violence aussi que représente pour un patient ce rapprochement au-delà des limites usuelles de la pudeur* »

Deux médecins expliquent ne pas insister sur le toucher gênant le patient lorsque le motif de la consultation va être exploré et pris en charge ultérieurement par un confrère :

- MG 7 : « *que je sais que le patient aura l'occasion lors d'une consultation ultérieure d'avoir éventuellement l'examen clinique approprié avec son médecin référent auquel il est habitué pour la question qu'il soulève, personnellement je n'insiste pas.* »
- MG 4 : « *ça m'est déjà arrivé aussi, des gens qui me disaient on va me refaire ce geste là parce que je savais que j'allais montrer au spécialiste, moi je disais « écoutez je ne vous le fais pas car je sais qu'il va vous le refaire », ça peut être aussi une façon.* »

Enfin, deux médecins rappellent au patient la fonction et la place du médecin dans la relation et vis vis de l'examen du corps du patient quel que soit le sexe du patient :

- MG 9 : « *D'abord, pour les hommes, je dis que je suis un médecin, que je suis ni homme ni femme. Voilà. Je suis un médecin* »
- MG 6 : « *je rappelle que je suis un médecin, que je ne suis pas une dame, ou que je suis une dame mais que par au-dessus c'est un médecin qu'il y a* »

La gêne occasionnée par le contact physique entre médecin et patient peut également concerner le médecin, qui décrit des situations gênantes pour lui, des gestes dans sa pratique qui peuvent le mettre mal à l'aise.

b. Réflexions des médecins généralistes sur leur rapport au corps du patient

Trois médecins disent n'avoir aucune gêne vis-à-vis du corps du patient, aucun geste n'est pour eux gênant :

- MG 1 : « *aucun geste n'est gênant pour moi [rire]* »
- MG 6 : « *des gestes systématiquement gênants je n'en trouve pas.* »
- MG 11 : « *Non aucune.* », « *à partir du moment où la dame accepte, alors je parle vraiment du toucher vaginal. A partir du moment où la dame accepte je n'ai pas de... non... je n'ai pas de problème, ça ne me pose aucun problème* »

La gêne évoquée par les médecins interviewés se définit de deux manières. On retrouve tout d'abord la gêne propre au médecin ; ensuite a gêne du médecin provoquée par celle du patient.

1.1. La gêne propre au médecin

Deux médecins affirment être gênés lorsqu'ils doivent toucher un patient qui présente un manque d'hygiène évident :

- MG 3 : « *parfois quand il y a des gens qui sont vraiment niveau hygiène c'est difficile* »
- MG 9 : « *Je suis gênée quand les gens sont sales.* »

Deux médecins interviewés confient être mal à l'aise lors de l'examen pédiatrique du fait du regard des parents présents lors de la consultation et de l'examen physique :

- MG 7 : « *En pédiatrie, c'est différent dans la mesure où il y a un spectateur obligatoire...c'est souvent la pédiatrie où on a la gêne des médecins* »
- MG 2 : « *Il y a quand même les parents qui sont derrière.* »

Trois médecins femmes interviewées disent être gênées lorsque le patient a envers elles, médecins, une attitude dénotant une ambiguïté sexuelle :

- MG 3 : « *il y en a parfois qui ont des mots un peu déplacés donc là ça peut être difficile de mener l'examen* », « *le grand gaillard de 50 balais qui fait les petites réflexions salaces [rires] au moment de faire l'examen là j'ai plus de mal* »
- MG 6 : « *Qu'ils me parlent de leurs parties intimes et qu'ils me montrent une mycose pénienne c'est normal. Mais alors qu'il n'y a rien et qu'ils prétextent quelque chose en disant « oh vous avez vu comme je suis bien monté » là je dis « je n'ai pas forcément besoin de voir » enfin toucher « non je n'ai pas besoin de toucher ». Mais oui c'est le genre de situation où parfois cela peut être gênant.* »
- MG 5 me raconte, alors que je quittais son cabinet, qu'il lui est arrivé d'être très gênée lorsque des patients hommes de plus de 50 ans se sont permis des réflexions déplacées en rapport avec leur région pelvienne « *vous savez, je pense qu'il faudrait que vous regardiez mon entrejambe, vous seriez étonnée de la taille* »

Un médecin dit se sentir mal à l'aise face à l'examen du pelvis en pédiatrie :

- MG 2 : « *Pour moi les gestes les plus gênants cela va être quand il y a des problèmes ou vulve ou anus chez les enfants. Voilà. Je suis toujours gêné. Voilà. Encore plus si c'est une petite fille* », « *Autant, chez les adultes j'ai aucune gêne, autant chez les enfants c'est plus délicat* »

Trois médecins avouent être gênés lorsqu'ils doivent réaliser un examen proctologique :

- MG 5 : « *J'aime pas beaucoup les touchers rectaux ou les palpations testiculaires.* »
- MG 9 : « *toucher rectal qui pose, qui ne posait pas de problème avant mais devant certaines réactions. J'ai eu un monsieur un peu pervers qui est venu deux fois de suite et alors, ça m'a un peu guérie donc le toucher rectal, j'envoie chez l'urologue ou faire une écho., quoi... Voilà. J'ai réglé le problème.* »
- MG 10 : « *Regardez aussi les examens procto. Alors, ça, c'est ce qu'ils n'aiment pas. Alors, pour moi, c'est gênant de leur demander une position euh... spéciale à quatre pattes et ils ne comprennent pas bien.* »

Trois médecins interviewés, dont deux gênés par l'examen proctologique, expriment être mal à l'aise lorsqu'ils doivent réaliser un examen gynécologique :

- MG 4 : « *Au départ peut-être la gynéco qui peut être un peu compliqué alors là il y a le statut de l'homme* »
- MG 9 : « *Le toucher vaginal, je passe aussi pour le faire* »
- MG 10 : « *Tout ce qui est gestes plus intimes, les TV* »

1.2. La gêne du médecin provoquée par la gêne du patient

Deux médecins disent se sentir mal à l'aise face à la crispation du patient lorsqu'ils sont amenés à toucher ce dernier :

- MG 3 : « *Ça devient très gênant quand je n'arrive pas à détendre le patient et qui lui-même il est très très très très très gêné et que quoi que je fasse quoi que je dise je vois que ça ne va pas* »
- MG 9 : « *C'est gênant quand les gens sont un tout petit peu gênés...* »

Deux médecins révèlent une gêne lorsque leur toucher crée ou réveille une douleur chez le patient :

- MG 4 : « *je vais me retrouver gêné parce que inconsciemment je vais être maltraitant. Ouais ce serait plutôt ça où je vais faire mal* », « *je me suis senti mal à l'aise, je lui ai fait mal, alors que j'avais pris mes précautions* »
- MG 8 : « *On appuie sur un endroit voilà, on savait pas que c'était douloureux, ou quelque chose comme ça.* »

Enfin deux médecins portent à notre connaissance que la perception du toucher est différente d'une personne à l'autre. Et en cela, ces médecins se sont retrouvés dans des situations pour eux gênantes lorsque leur perception du toucher n'était pas la même que celle du patient touché :

- MG 7 : « *on se sent ridicule et à côté de la plaque quand on réalise que son rapport au toucher n'est pas celui de l'autre.* »
- MG 11 : « *les patients ce n'est pas évident non plus, ils ne sont pas habitués non plus à ce qu'on les touche. Je crois qu'en psychologie, on n'est pas tous habitués, on n'a pas tous le même potentiel psy... enfin on n'est pas tous faits de la même façon.* »

IV. DISCUSSION

A. Discussion sur la méthodologie

1. Le choix de l'entretien plutôt que le questionnaire

Je cherche à analyser une notion, le toucher, sans « *mettre en relation les pratiques et les éléments discriminants de ces pratiques* », comme cela aurait été le cas si j'avais choisi de faire un questionnaire comme le décrivent Blanchet A. et Gotman A^[7].

Grâce à l'entretien, je peux étudier le ressenti des médecins quant au toucher dans la consultation de médecine générale et je peux étudier les raisons qui amènent les médecins à toucher leurs patients.

2. La population étudiée - Biais de recrutement

a. Biais de sélection

Les médecins qui ont répondu s'intéressaient à cette question du toucher en médecine générale et ont accepté après avoir pris connaissance du thème abordé dans ma thèse.

Ils ne sont sûrement pas représentatifs de la population des médecins généralistes.

b. La proportion inégale de la représentation des sexes entre les médecins

On peut constater que, sur les onze médecins interviewés, il y a plus d'hommes (six) que de femmes (cinq). J'ai essayé d'avoir autant d'hommes que de femmes lors de la recherche des médecins mais il y a, en activité libérale, beaucoup plus de médecins généralistes hommes que de médecins généralistes femmes.

c. La région Picardie n'est pas représentée de façon équilibrée

Parmi les médecins généralistes interviewés, on peut constater une plus grande représentativité du département de l'Oise (six médecins) par rapport à l'Aisne (quatre médecins) et à la Somme (un médecin).

Cette inégalité de représentativité des trois départements vient du fait qu'il était plus simple pour moi d'aller à la rencontre des médecins généralistes dans leur cabinet dans l'Oise et l'Aisne, étant en stage à Soissons (dans l'Aisne) lors de mon enquête et habitant dans le Nord de l'Ile – de – France.

d. Les tranches d'âge sont représentées de façon inégale

Parmi les médecins interviewés, toutes les tranches d'âge sont représentées.

Cependant on retrouve une disparité dans la représentativité des différentes tranches d'âge (quatre médecins âgés de moins de 35 ans, deux médecins âgés de 35 à 50 ans, deux médecins âgés de 50 à 60 ans et trois médecins âgés de plus de 60 ans).

Lors du recrutement des médecins, il m'était impossible de savoir à quelle tranche d'âge ils appartenaient avant de les rencontrer. Et l'âge ne faisait pas partie de mes critères d'inclusion ou d'exclusion de l'échantillon étudié.

Ces tranches d'âge ont été définies à la fin de l'enquête car certains médecins généralistes constataient, par eux-mêmes, une évolution de leur propre pratique au cours de leur carrière comme l'évoque MG 4 : « *Le problème c'est que là je vois ça avec 18ans de carrière. Après si je reviens en arrière, j'allais dire votre âge [rires] quand j'étais plus jeune, un peu moins con comme dirait ma femme euh... Au départ peut – être la gynéco.* » Mais lors de l'analyse des résultats, peu de différences ont été révélées dans les pratiques selon l'âge.

e. La proportion médecins installés/médecins remplaçants est déséquilibrée

Parmi les médecins participants, on peut constater la présence de seulement deux médecins remplaçants, contre neuf médecins installés.

Lors du choix des critères d'inclusion et d'exclusion, la situation professionnelle des médecins (remplaçants ou installés) n'était pas prise en compte. Cependant, lors des entretiens, un des médecins remplaçants interrogés reconnaît qu'en étant remplaçant il n'a pas le même rapport au toucher avec les patients qu'il prend en charge que s'il était lui-même le médecin traitant référent de ces patients, MG 7 : *« en tant que remplaçant, on peut pas se permettre d'utiliser avec la même facilité de geste le toucher qu'on peut le faire lorsqu'on est médecin traitant »*.

3. Le guide d'entretien et réalisation des entretiens

a. Modification du guide d'entretien

Après le premier entretien, je me suis rendu compte qu'il était possible que les médecins ne pensent le toucher qu'à travers l'examen physique. J'ai alors choisi d'ajouter une sixième question à l'entretien pour permettre aux médecins d'évoquer le toucher en dehors de l'examen physique.

Pour les entretiens qui ont suivi, seuls trois médecins n'ont évoqué le toucher qu'en rapport avec l'examen. Cependant malgré la question supplémentaire leur représentation du toucher était difficile à développer.

MG 3 a réussi à sortir de la sphère de l'examen physique, mais avec de nombreuses hésitations dans sa réflexion : *« la réassurance. Après, euh, qu'est-ce qu'il y a [silence] qu'est-ce qu'il peut y avoir d'autre où quand on dit bonjour forcément on touche le patient, on lui sert la main [rires] donc aussi voilà. Ouais la réassurance, la mise en confiance. Voilà après... »*

MG 2 n'a pas réussi à évoquer le toucher en dehors de l'examen clinique et a semblé très dérouté par cette question : *« Ça peut être, enfin je ne sais pas si vous voulez entendre parler, enfin si c'est dans ce sens-là mais des fois une main sur l'épaule ou quelque chose comme ça pour reconforter je pense que ça fait partie aussi de l'examen clinique. »*

MG 5 est resté sur la question de son propre ressenti par rapport au toucher : *« C'est là qu'est le paradoxe. Parce que je me sens à l'aise en tant que médecin et dans la vie je ne suis pas quelqu'un de très tactile [rires]. Je peux être gênée qu'on me touche »*.

b. Compréhension des questions de l'entretien

Dans certains entretiens, j'ai pu constater que la question numéro deux (les raisons de toucher le patient dans une consultation) était souvent source d'hésitation pour les médecins participants et qu'ils avaient le sentiment de se répéter par rapport à la première question (les représentations du médecin sur le toucher). Après hésitation (*MG 8 « ça peut... », MG 7 « Pour moi, y a deux grands aspects de... », MG 6 « Alors je l'ai déjà dit », MG 11 « Orf! Question large »*) et des questions de relance, les participants comprenaient la dimension du toucher traitée par cette question.

c. Des entretiens courts, voire trop courts

Les entretiens ont été pour la majorité très courts, sauf deux (*MG 4 et MG 7*), pour deux raisons. D'une part, parce que j'étais novice pour mener des entretiens. J'ai pu faire des relances si les médecins hésitaient à répondre ou avaient besoin de précisions après avoir posé la question, mais il est vrai que je n'ai pas su correctement rebondir sur les notions émises par les médecins interviewés pour les amener à développer leurs idées, avec une évolution au cours des entretiens où ma technique pour mener un entretien était plus claire et plus efficace.

D'autre part, les médecins avaient peu de temps à me consacrer et n'acceptaient qu'après avoir appris que l'entretien ne durerait pas plus de vingt minutes (j'ai essuyé de nombreux refus d'entretiens, quatre-vingt dix neuf coups de téléphone ont été donnés pour recruter onze médecins).

4. La retranscription

Pour les retranscriptions, le mot à mot a bien été respecté ainsi que la retranscription des rires, silences, hésitations des médecins généralistes participants.

Beaud S. explique : « *Un entretien sociologique est donc d'autant plus riche et interprétable que sa retranscription respecte les silences, souligne les hésitations et atermoiements, marque les inflexions de la voix et signale les différences de ton, note les gestes et mimiques qui accompagnent la parole*^[9] ».

MG 2 hésite : « *Voilà. Enfin je suis pas à l'aise avec... Enfin c'est toujours un peu plus particulier* »

MG 7 rit : « *Se voir poser la main sur l'épaule par un parfait inconnu [rires] ça fait bizarre* »

MG 4 : « *[Silence, respire fort] De moi, de mon côté vous voulez dire ?* »

5. L'analyse des données

Après avoir terminé l'analyse de l'ensemble des entretiens, j'ai repris l'analyse de MG 1, MG 2, MG 3 et MG 5, car ma méthodologie d'analyse des entretiens avait évolué et il était nécessaire de revenir sur ces entretiens pour faire ressortir des notions absentes au début de mon travail.

Quelques notions n'ont été évoquées que par un seul médecin généraliste sur les onze interrogés.

Sur les représentations du toucher par les médecins, MG 4 est le seul à parler de la douleur quand il évoque le toucher « *avec le toucher il peut y avoir la douleur, il y a le thème de la douleur qui revient après derrière* ».

Dans la partie relative aux raisons de toucher le patient, MG 2 est le seul à parler du toucher réconfortant, « *une main sur l'épaule ou quelque chose comme ça pour réconforter je pense que ça fait partie aussi de l'examen clinique.* », mais cela entre dans la notion du toucher pathique qui est évoqué par sept autres médecins.

Enfin, dans la partie du ressenti du médecin par rapport au corps du patient, MG 2 est le seul à dire être gêné par l'examen du pelvis en pédiatrie : « *Pour moi les gestes les plus gênants cela va être quand il y a des problèmes ou vulve ou anus chez les enfants. Voilà. Je suis toujours gêné. Voilà. Encore plus si c'est une petite fille* », « *Autant, chez les adultes j'ai aucune gêne, autant chez les enfants c'est plus délicat* », mais cette notion pouvait également être regroupée avec la notion de la gêne des médecins devant l'examen du pelvis chez leur patient (enfant, adulte) avec MG 4, MG 5, MG 9 et MG 10.

Lorsque ma collègue a fait de son côté le codage des entretiens de mon enquête, les notions retrouvées étaient tout à fait similaires.

Pour analyser les données d'un entretien, on demande d'oublier l'entretien analysé précédemment pour que les résultats ne soient pas biaisés par les notions déjà trouvées.

B. Discussion sur l'analyse des résultats

1. Trois formes de toucher et le pouvoir du médecin

Les médecins ont distingué trois formes de toucher : le toucher clinique, le toucher magique et le toucher pathique.

a. Les trois touchers

1.1. Le toucher clinique

D'entrée, ce toucher apparaît comme la base du travail du médecin généraliste en consultation. Huit médecins sur les onze participants considèrent que cela définit le travail du médecin. En effet, à l'aide de ses sens, le médecin regarde à l'intérieur du corps du patient, par la palpation, la percussion, l'auscultation. Cependant, on peut constater que l'ensemble des sens n'est plus utilisé par le médecin, comme le goût. Comme l'indique le Docteur Pilardeau, « *Jusqu'au 19ème siècle les urines, conformément aux données sémiologiques établies dans la Grèce antique, ont été mirées, senties, goûtées^[10]* » par les médecins.

L'examen physique a donc toujours été déterminant dans l'élaboration du diagnostic.

1.2. Le toucher magique

Le toucher qui guérit fait partie de l'histoire de la médecine depuis Esculape, c'est l'imposition des mains. Cela paraît étonnant de trouver cette référence dans la bouche de médecins, des scientifiques. Certains en parlent en riant... mais tout de même.

À travers ce toucher magique, on retrouve les gestes de médecines traditionnelles où les praticiens utilisent leurs mains pour tenter de guérir (chamans, marabouts, magnétiseurs...) comme évoqué par MG 11 « *De même que les chamans ou que le baptême, on touche la tête du bébé. Donc dans ce toucher il y a quelque chose d'un petit peu magique qui est très important.* », MG 4 « *le côté un peu magique du toucher aussi, le côté marabout et toucher.* » et MG 5 « *Une façon de transmettre un peu d'énergie aussi, enfin c'est un peu [rires], ça fait un peu pensée magique* ».

MG 11 évoque ensuite ce toucher comme thérapeutique, « *magique ce n'est peut-être pas le bon mot mais ça fait partie du traitement le toucher déjà pour commencer* ».

1.3. Le toucher pathique

Le toucher pathique est rarement évoqué d'entrée par les médecins, qui citent spontanément le toucher clinique, alors que c'est un lien entre le médecin et le malade, souvent le signe d'une relation forte entre le médecin et son patient. MG 7 définit très bien ce toucher pathique : « *Un toucher visant à rassurer le patient, une façon de lui transmettre par le geste et non par la parole, une empathie dont on pense pouvoir faire preuve à son égard.* »

MG 5 et MG 6 parlent de main sur l'épaule ou sur le bras, MG 9 et MG 10, d'embrassades et MG 2 de tapes sur l'épaule.

Grâce au toucher, on entre dans l'intimité du patient comme le disent MG 4 : « *ça m'évoque aussi en parallèle rentrer dans l'intimité du patient clairement* », MG 7 : « *le contact physique, c'est un geste très intime* » et MG 8 : « *le contact physique permet d'éloigner des non-dits* ».

On peut toutefois s'interroger sur la signification véritable parfois inconsciente de ces gestes. Que montrent-ils des idées de celui qui les émet ? Les gestes ont-ils un impact sur l'autre ? Les gestes sont-ils des marques de bienveillance à l'égard du patient ou de réassurance pour le médecin ? Le médecin accepterait-il que le patient lui tape sur l'épaule ? MG 7 le montre clairement avec la réaction de rejet de la part du médecin senior quand lui, interne, lui a tapé sur l'épaule pour souligner qu'ils partageaient une plaisanterie. En effet la perception du toucher est différente d'une personne à l'autre, comme le disent MG 7 : « *on se sent ridicule et à côté de la plaque quand on réalise que son rapport au toucher n'est pas celui de l'autre.* » et MG 11 : « *les patients ce n'est pas évident non plus, ils ne sont pas habitués non plus à ce qu'on les touche. Je crois qu'en psychologie, on n'est pas tous habitués, on n'a pas tous le même potentiel psy... enfin on n'est pas tous faits de la même façon.* ».

Ce toucher pathique est difficile à comprendre, à interpréter. Il met en jeu la personnalité du médecin et celle du patient. Il est le signe à la fois de relations interpersonnelles et de conventions sociales.

b. Le pouvoir du médecin

1.1. Le pouvoir du médecin à travers ces différents touchers

La relation médecin – malade est une relation asymétrique. En effet, le patient consulte en général lorsqu'il se sent moins bien (physiquement, psychologiquement) donc lorsqu'il se trouve dans une position de faiblesse, alors que le médecin dispose du savoir qui va pouvoir amener le patient à aller mieux. Le savoir (théorique et empirique) que possède le médecin est souvent confondu avec un pouvoir qui peut amener à éloigner le médecin du patient. Cependant, ce savoir peut ne pas être considéré comme tel, mais être une sorte de pouvoir secret du médecin qui est le seul à savoir. Avec le toucher clinique, le médecin utilise ce savoir pour comprendre et prendre en charge la plainte du patient.

Dans beaucoup de cultures le guérisseur, comme le marabout dans des tribus d'Afrique, occupe une place très élevée dans la société car il guérit les patients qui le consultent. Là encore, le toucher, cette fois-ci le toucher magique, donne un certain pouvoir au médecin. Cela rappelle le pouvoir du roi de France qui était censé guérir les écrouelles par imposition des mains.

1.2. Le médecin traitant référent : figure d'autorité

Depuis la loi du 13 août 2004, le médecin traitant tient une place majeure dans le parcours de soins.

L'article 7 énonce : « *Afin de favoriser la coordination des soins, tout assuré ou ayant droit âgé de seize ans ou plus indique à son organisme gestionnaire de régime de base d'assurance maladie le nom du médecin traitant qu'il a choisi, avec l'accord de celui-ci. [...] Le médecin traitant participe à la mise en place et à la gestion du dossier médical personnel [...] La participation prévue au I de l'article L. 322-2 peut être majorée pour les assurés et les ayants*

droit n'ayant pas choisi de médecin traitant ou consultant un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant ».

L'article 8-II rétablit l'article L. 162-26 du code de la Sécurité sociale : « *Art. L. 162-26. Un arrêté fixe le montant de la majoration appliquée aux patients qui, sans prescription préalable de leur médecin traitant, consultent un médecin spécialiste hospitalier.* »

La loi ne précise pas que le médecin traitant doit obligatoirement être un médecin généraliste : « *Le médecin traitant choisi peut être un généraliste ou un spécialiste. Il peut être un médecin hospitalier.* (art. 7) ». Cependant pour 99,5 % des patients, selon Ameli en 2009, le médecin traitant est un médecin généraliste.

Un médecin interviewé, MG 7, exprime bien cette place si particulière du médecin traitant : « *en tant que remplaçant, on peut pas se permettre d'utiliser avec la même facilité de geste le toucher qu'on peut le faire lorsqu'on est médecin traitant* ».

Pour d'autres, la place du médecin traitant véhicule une vraie image d'autorité : « *C'est-à-dire que les gens savent. Je dis « écoutez, ici c'est moi qui commande. » [rires]. [...], « c'est moi le général. Faites ce que vous voulez, c'est moi le général, c'est moi qui décide » ».*

Toutefois, cette position de pouvoir du médecin peut être mise à mal par les difficultés que les médecins généralistes rencontrent lors d'une consultation.

2. Les difficultés de l'examen physique

a. Le problème de l'accompagnant

Deux médecins évoquent la gêne occasionnée par la présence d'une tierce personne lors de l'examen physique. En effet, ces deux médecins évoquent les consultations pédiatriques pour lesquelles le ou les parents restent durant l'ensemble de la consultation. MG 2 : « *Il y a quand même les parents qui sont derrière* », et MG 7 : « *En pédiatrie, c'est différent dans la mesure où il y a un spectateur obligatoire...c'est souvent la pédiatrie où on a la gêne des médecins* ». Le regard des parents sur les gestes du médecin envers l'enfant au cours de l'examen gêne le médecin dans sa pratique.

Ce problème de la présence d'une tierce personne lors de l'examen physique ne se pose pas du tout de la même manière avec le patient adulte. En effet, le médecin est libre de pouvoir être seul avec le patient pour l'examen physique soit en demandant à l'accompagnant (conjoint, ami, ...) de ne pas être présent lors de la consultation ou du moins lors de l'examen physique (sauf si le patient demande la présence de cette personne) soit, si le cabinet le permet, en fermant la porte de la salle d'examen, laissant l'accompagnant au niveau du bureau, comme l'affirme MG 4 : « *C'est pareil s'il y a des gens qui sont là, sauf si des mineurs naturellement, vous fermez la porte, même si c'est le conjoint, pour respecter l'intimité* ».

b. Le problème de l'examen de la région pelvienne

Plusieurs médecins (MG 2, MG 4, MG 5, MG 9 et MG 10) ont signifié être gênés de toucher le patient (adulte ou enfant, selon les médecins) lorsque l'examen physique devait comprendre un examen gynécologique ou proctologique. Cette gêne est retrouvée chez des médecins hommes comme chez des médecins femmes et quelle que soit la tranche d'âge.

En effet, le toucher permet déjà d'entrer dans l'intimité du patient. Néanmoins, lorsque la sphère pelvienne est en jeu, le patient n'a plus aucune intimité vis-à-vis du médecin.

On pourrait penser que le toucher rectal, le toucher vaginal soient considérés comme anodins pour les médecins car présents dans leur pratique de médecine générale. Finalement, pas du tout. Ces gestes sont de plus en plus rarement réalisés dans leur pratique quotidienne. En effet, soit les médecins orientent le patient vers le spécialiste comme MG 9, « *donc le toucher rectal, j'envoie chez l'urologue ou faire une écho* », soit ce sont les patients eux-mêmes qui vont voir les spécialistes. Les femmes vont maintenant directement voir le gynécologue pour les problèmes qu'elles rencontrent d'autant que la consultation chez le gynécologue ne rentre pas dans le parcours de soins. Cela fait partie des spécialistes que le patient est libre de pouvoir consulter par lui-même sans passer par le médecin traitant, MG 11 : « *Moi à mon époque à la campagne, le médecin généraliste faisait tout. Maintenant les femmes, sur le plan gynéco, vont plus voir des gynéco* »

On peut donc se demander si la gêne occasionnée par ces examens ne serait pas due à la fois au fait que le médecin entre complètement dans l'intimité du patient avec ces gestes mais également au manque de pratique quotidienne de ces gestes.

c. Les difficultés des femmes médecins

Par ailleurs, certaines situations peuvent amener le médecin à changer sa pratique médicale et à renoncer au toucher. Les femmes médecins se plaignent d'une attitude trop souvent ambiguë de la part de patients hommes de plus de 50 ans comme cela est mis en évidence par MG 3 : « *il y en a parfois qui ont des mots un peu déplacés donc là ça peut être difficile de mener l'examen surtout quand c'est le grand gaillard de 50 balais qui fait les petites réflexions salaces (rires) au moment de faire l'examen là j'ai plus de mal [rires] mais généralement ça m'arrive de les rediriger vers des collègues hommes quand je vois que ça passe pas comme ça* », par MG 6 : « *Qu'ils me parlent de leurs parties intimes et qu'ils me montrent une mycose pénienne c'est normal. Mais alors qu'il n'y a rien et qu'ils prétextent quelque chose en disant « oh vous avez vu comme je suis bien monté » là je dis « je n'ai pas forcément besoin de voir » enfin toucher « non je n'ai pas besoin de toucher ». Mais oui c'est le genre de situation où parfois cela peut être gênant.* » et par MG 5 qui raconte, alors que je quittais son cabinet, qu'il lui est arrivé d'être très gênée lorsque des patients hommes de plus de 50 ans se sont permis des réflexions déplacées en rapport avec leur région pelvienne « vous savez, je pense qu'il faudrait que vous regardiez mon entrejambe, vous seriez étonnée de la taille » et si la situation persiste elle oriente vers un de ses collègues dans le cabinet de groupe dans lequel elle pratique. MG 9 dit avoir même renoncé au toucher rectal après qu'un homme fut revenu avec l'intention d'obtenir d'elle la faveur d'un second toucher peu de temps après le premier.

d. Les difficultés liées aux représentations du patient

Le toucher peut aussi perdre sa place du fait de nouvelles situations de consultation de médecine générale. Il a été plusieurs fois question de touchers vécus comme maladroits, déplacés ou brutaux par les patients, comme MG 1 qui me raconte, alors qu'il me raccompagnait à la porte du cabinet que lors d'une consultation après avoir ausculté les poumons d'une patiente, il a palpé les ganglions sous-maxillaires tout en restant au niveau du dos de la patiente. Cette dernière a vécu ce geste comme déplacé et s'en est plainte à l'Ordre des médecins car elle l'avait vécu comme une agression. MG 8 : « *on essaie toujours de faire attention voilà à ne pas avoir de gestes qui pourraient potentiellement être interprétés comme déplacés alors qu'en fait ils ne le sont pas.* », ou MG 4 : « *il y a 2 jours, une de mes patientes s'est retrouvée en consultation*

de rhumato pour un kyste poplité et le mec sans prévenir a piqué dans le kyste alors qu'elle était allongée sur le ventre. Quand elle était ici je vous laisse imaginer, je passe les noms d'oiseaux. » ou encore MG 11 « *je vois à l'Ordre toutes les plaintes qu'on a pu avoir ce sont des gens qui sont brutaux, qui n'ont pas expliqué ce qu'ils faisaient. »*

On peut se demander si ces nouvelles circonstances ne vont pas amener petit à petit tous les médecins à faire évoluer leur pratique médicale afin de ne plus se retrouver dans des situations qui peuvent être mal interprétées et les mettre mal à l'aise face au patient.

3. Disparition possible du toucher dans la consultation

a. Les médecins généralistes donnent une très grande importance au toucher

Par cette enquête, nous avons vu l'importance aujourd'hui encore de l'examen physique dans la pratique des médecins généralistes. Néanmoins, on peut se demander s'il a une aussi grande importance que l'ont déclarée les médecins interviewés.

Les médecins peuvent répondre selon les critères attendus théoriques d'une bonne consultation de médecine générale parce que ce sont des médecins qui s'intéressent au toucher et qui donc sont amenés à toucher le patient quel que soit son motif de consultation (MG 1, MG 2, MG 5, MG 9 et MG 11)

Pour une grande majorité des médecins interviewés, le toucher est assimilé à l'examen physique. En effet, huit des onze médecins généralistes interviewés l'affirment tel quel (MG 2, MG 3, MG 4, MG 5, MG 6, MG 7, MG 10 et MG 11).

Cependant, « *l'examen physique n'apparaît plus jamais suffisant* ^[11] »

b. Le toucher ne serait plus nécessaire

Aujourd'hui, de nombreux auteurs s'accordent à dire que l'examen physique n'apparaît plus nécessaire et qu'il risque de disparaître au profit des examens complémentaires. Des techniques,

comme l'échographie ou l'IRM, permettent à la fois visualisation et diagnostic. Le Pr Masquelet dénonce que « *la conséquence dans les vingt dernières années est un réajustement du regard médical qui se détourne du corps pour contempler l'image. Le regard clinique interprétatif a fait place au regard imagique contemplatif*^[12] ».

Il existe des images d'une précision inimaginable il y a trente ans. « *L'échographie, la tomographie par émission de positrons et l'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle nous permettent non seulement de voir le corps humain, mais aussi de constater s'il fonctionne bien*^[13] ».

4. Le toucher comme innovation

La tendance actuelle à privilégier les examens complémentaires est-elle une évolution inévitable ? Quelle utilité l'examen physique a-t-il dans la pratique contemporaine des médecins généralistes ?

a. La défense du toucher

Le médecin nord-américain d'origine indienne Abraham Verghèse, urgentiste à Toronto, répond à ces questions en les appliquant à l'ensemble de la médecine ; il dénonce un monde où le patient peut être absent de la consultation médicale et, bien évidemment, ne sera jamais touché. Il défend de manière paradoxale le toucher comme « *l'innovation la plus importante en médecine à venir dans les dix prochaines années, et qui est le pouvoir de la main de l'homme – toucher, reconforter, diagnostiquer et apporter le traitement*^[14] ». Par une anecdote, il souligne l'intérêt scientifique de l'examen physique encore aujourd'hui : une femme de 40 ans s'est présentée aux urgences avec une tension très élevée. Elle a fait une crise cardiaque, on l'a réanimée et transférée au scanner parce qu'on craignait une embolie pulmonaire... Elle n'avait rien dans les poumons, mais le scanner a révélé la présence de masses cancéreuses dans les seins. Une palpation, réalisée au cours d'une consultation, aurait montré comment orienter les examens complémentaires. En effet, les examens complémentaires qui n'ont pas été précédés d'un examen physique initial ne peuvent pas savoir « ce qu'ils cherchent ». C'est le privilège du médecin généraliste. Il n'a pas accès immédiatement aux examens complémentaires, il a peu

d'appareils, il construit son diagnostic d'abord à partir de la clinique où l'examen physique à une place essentielle. On peut donc imaginer que l'examen physique et la présence physique auprès du malade ne disparaîtront pas chez le médecin généraliste.

b. L'examen physique : un moment sacré

De fait, l'examen physique permet au médecin et au patient d'entrer dans un espace réservé aux relations thérapeutiques, un espace sacré et intime dont témoigne MG 4 : *« j'ai des vitres qui là sont fermées mais voyez les vitres on ne peut pas voir au travers, la façon dont est tournée ma table d'examen, quand j'examine quelqu'un, que ce soit un examen gynéco, que ce soit un examen proctologique, où même un examen où je suis obligé de faire déshabiller les gens, je ferme la porte. Des petites choses que vous allez noter où les gens se sentent plus confortables. »* Le toucher favorise le développement de la confiance, de l'empathie, de la relation médecin-malade. Et au-delà des mots, le toucher donne accès au savoir pathique.

c. Quel médecin pour l'avenir ?

1.1. Un médecin scientifique

Le médecin du XXI^{ème} Siècle est avant tout un scientifique qui lit des courbes, des tracés, des images. Il a recours presque systématiquement aux examens complémentaires ; certains permettent un diagnostic plus fiable que l'examen physique. On peut prendre l'exemple du cancer de la prostate, que l'on n'apprend plus à rechercher *« par le toucher rectal mais par le dosage de PSA et l'échographie^[6] »*. D'autres, plus discutables médicalement, ont pour objet de protéger le médecin qui, face à l'entrée du juridique dans la pratique médicale protège son diplôme. Il demande de plus en plus d'examens complémentaires pour justifier son diagnostic, ses prises de décision et sa prise en charge thérapeutique, alors que dans la pratique quotidienne on se rend compte qu'il n'est ni utile ni économique de tout doser, de faire des images de tout quand un examen physique soigné peut répondre à la demande du patient. La médecine clinique devrait avoir encore une place importante. MG 11 dit d'ailleurs, *« le thème du toucher euh... quelque chose de fondamental qui se perd, qui... C'est dommage qu'on ne l'enseigne pas, enfin moi déjà on ne me l'a pas beaucoup enseigné à mon époque. Et je crois qu'avec la technicité*

de la médecine on l'enseigne de moins en moins alors que c'est quelque chose de très important ».

Le médecin de l'avenir, renonce progressivement à la médecine clinique du fait qu'il ne reçoit pas, en France, de formation à l'examen clinique, et plus particulièrement à l'examen physique. Il ne sera plus du tout un médecin clinicien. Et pourtant on lui apprend « *les critères d'Ottawa, essentiellement cliniques* », permettant « *de se passer de radiographie de la cheville dans la majorité des cas de traumatisme*^[6] ».

1.2. Le médecin du futur est dans une situation difficile

Le médecin de demain est un soignant à l'autorité contestée par des patients qui savent "tout" grâce à Internet : tout le monde a accès à toutes les connaissances sans avoir la formation nécessaire au recul permettant leur utilisation.

De plus, du fait du manque de médecins et d'un nombre important de patients à prendre en charge, le généraliste a peu de temps, dix minutes pour examiner le patient, lui donner des explications avant de faire un diagnostic et de proposer une prise en charge.

Mais ne soyons pas pessimistes, il y aura toujours des médecins pour former les plus jeunes, (MG 4 : « *c'est pour ça que je disais aux internes « ne mettez pas vos stétho au-dessus d'un tee-shirt* » »), pour prendre de leur temps afin de faire un examen physique méticuleux malgré l'heure tardive, malgré les difficultés rencontrées avec leur patient, et qui sauront créer du lien, du bien-être pour les patients grâce à un échange verbal et au toucher relationnel, comme MG 7 : « *Un toucher visant à rassurer le patient, une façon de lui transmettre par le geste et non par la parole, une empathie dont on pense pouvoir faire preuve à son égard. Voilà.* »

V. CONCLUSION

L'examen physique a un rôle primordial dans la pratique de la médecine.

Les médecins généralistes, quel que soit leur âge, défendent le toucher comme essentiel dans une consultation. Ils le définissent de 3 manières, le toucher clinique, le toucher pathique et le toucher magique. En effet, le toucher permet le diagnostic, crée le lien entre le médecin et le patient, il permet la relation médecin-malade qui soulage le malade et parfois le guérit.

La question du toucher fait apparaître de nombreux problèmes rencontrés par les médecins généralistes dans une consultation en soulevant la question de la gêne du patient et la gêne du médecin. En effet, on retrouve le problème de l'accompagnant lors de l'examen physique, la gêne du médecin lors de l'examen de la région pelvienne, les représentations des patients sur le toucher ou encore les difficultés rencontrées par les femmes médecins lors de l'examen physique.

Les médecins envisagent et craignent en même temps que le toucher perde sa place essentielle du fait des examens complémentaires de plus en plus nombreux dans une médecine plus technique. Eux-mêmes prescrivent de plus en plus d'examens, mais ils donnent une place toujours importante au toucher parce qu'il prépare les examens et qu'il permet d'orienter les patients de manière beaucoup plus efficace.

Il serait intéressant que d'autres étudiants se passionnent comme moi pour cette question afin de prolonger cette recherche en traitant des axes que je n'ai pu aborder dans mon travail. Je pense par exemple à la variation du rapport au toucher pour un même médecin entre le début de sa formation et comme médecin traitant, ou un regard sur le toucher différent selon la culture du médecin et/ou du patient.

BIBLIOGRAPHIE

[1] Robert P. Le petit Robert 1. Paris : LE ROBERT ;1985. 2 tomes

[2] Littré E. Dictionnaire de la langue française. Paris : Librairie Hachette et compagnie ; 1877.
4 volumes et un supplément

[3] Glatier-Boissière E. Larousse médical illustré. Paris : Librairie Larousse ; 1924. 1302p

[4] Delamarre J., Delamarre F., Gélis-Malville E., Delamarre L. Dictionnaire illustré des termes de médecine. 28^{ème} édition, Paris, Maloine, 2004. 1046p

[5] Foucault M. Naissance de la clinique. Paris : Quadrige/PUF ; 2009. 215 p

[6] Hutin J-F. Au lit du malade : Une histoire de l'examen clinique. Paris : Editions Glyphe ; 2012. 475 p

[7] Blanchet A., Gotman A. L'enquête et ses méthodes. L'entretien. Paris : A. Colin ; 2005. 125p

[8] Feller Jean. Communication et langages : L'Analyse du contenu, de L. Bardin. Paris : PUF ; 1977. p. 123-124.

[9] Beaud S. L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l'entretien ethnographique. Politix. 1996. p 250.

[10] Pilardeau P. Sémiologie. Biochimie. Ionogramme sang. Ionogramme urinaire. Université Paris 13. Bobigny. 2011. p.40

[11] Courban A. Une certaine transparence du corps ? Le corps relégué de la tradition hésychaste. Paris : Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem ; 2007. p. 33-55.

[12] Masquelet A.C. Mutations du regard médical. Paris : Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem ; 2007. p. 57-68.

[13] Kelly M., Tink W., Nixon L., Dornan T. En perte de contact ? Revaloriser le rôle de l'examen physique en médecine familiale. Canadian Family Physician • Le Médecin de famille canadien. 2015 ; Volume 61 : 532 – 534

[14] Conférence TED Abraham Verghese : a doctor's touch (en ligne, consultée le 28/04/2018).
https://www.ted.com/talks/abraham_verghese_a_doctor_s_touch/transcript?language=fr#t-99086

ANNEXES

Annexe 1 : GUIDE D'ENTRETIEN 1

Bonjour, je me présente Charlotte LASSERRE interne en médecine Générale à la faculté d'Amiens. Je vous remercie d'avoir accepté de me rencontrer dans le cadre de ma recherche de thèse. Mon sujet traite de l'importance du contact physique entre médecin et patient au cours d'une consultation de médecine générale. Mon but est d'étudier comment, pourquoi et dans quelle mesure il existe des contacts physiques entre médecin et patient lors d'une consultation. Pour ce travail de thèse, j'ai décidé de vous interroger directement, vous, médecin généraliste. Cet entretien sera donc enregistré et anonyme.

Pour commencer je vais vous poser quelques questions d'ordre général :

- Zone d'installation ?
- Durée d'installation ?
- Remplacement ? Libéral ?

- Qu'évoque pour vous le thème du toucher entre le médecin et son patient ? (Quand nous évoquons le thème du toucher entre le médecin et son patient, quelles sont les situations qui vous viennent à l'esprit ? Quels sont les moments de la consultation où vous avez un contact physique avec le patient ?)

- Pourquoi, vous, en tant que médecin généraliste, êtes-vous amené à toucher le corps du patient pendant la consultation ? (Dans quel but ? Dans quelles situations ? Pour quelles raisons ?)

Maintenant, nous allons aborder la situation de façon quasiment inverse

- Comment peut-on expliquer qu'il y ait des consultations où le médecin n'a aucun contact physique avec le patient ?

- Comment gérez-vous la gêne du patient, si gêne il y a lors d'un contact physique ?

- Et vous, comment ressentez-vous le contact physique avec le patient ? (Dans quelles situations êtes-vous mal à l'aise lorsque vous touchez le corps du patient ? Quels gestes peuvent être pour vous gênants ?)

Annexe 2 : GUIDE D'ENTRETIEN 2

Bonjour, je me présente Charlotte LASSERRE interne en médecine Générale à la faculté d'Amiens. Je vous remercie d'avoir accepté de me rencontrer dans le cadre de ma recherche de thèse. Mon sujet traite de l'importance du contact physique entre médecin et patient au cours d'une consultation de médecine générale. Mon but est d'étudier comment, pourquoi et dans quelle mesure il existe des contacts physiques entre médecin et patient lors d'une consultation. Pour ce travail de thèse, j'ai décidé de vous interroger directement, vous, médecin généraliste. Cet entretien sera donc enregistré et anonyme.

Pour commencer je vais vous poser quelques questions d'ordre général :

- Zone d'installation ?
 - Durée d'installation ?
 - Remplacement ? Libéral ?
-
- Qu'évoque pour vous le thème du toucher entre le médecin et son patient ? (Quand nous évoquons le thème du toucher entre le médecin et son patient, quelles sont les situations qui vous viennent à l'esprit ? Quels sont les moments de la consultation où vous avez un contact physique avec le patient ?)
 - Pourquoi, vous, en tant que médecin généraliste, êtes-vous amené à toucher le corps du patient pendant la consultation ? (Dans quel but ? Dans quelles situations ? Pour quelles raisons ?)

Maintenant, nous allons aborder la situation de façon quasiment inverse

- Comment peut-on expliquer qu'il y ait des consultations où le médecin n'a aucun contact physique avec le patient ?
- Comment gérez-vous la gêne du patient, si gêne il y a lors d'un contact physique ?
- Et vous, comment ressentez-vous le contact physique avec le patient ? (Dans quelles situations êtes-vous mal à l'aise lorsque vous touchez le corps du patient ? Quels gestes peuvent être pour vous gênants ?)

Question supplémentaire si le médecin interrogé n'évoque le toucher que lors de l'examen physique :

- Qu'évoque pour vous le thème du toucher entre le médecin et le patient lors d'une consultation médicale en dehors de l'examen physique ?

Annexe 3 : Entretiens audio

Les entretiens audio sont fournis sur le CR-Rom joint à la thèse

Annexe 4 : Entretiens retranscrits

Les entretiens retranscrits sont fournis sur le CD-Rom joint à la thèse.

LE TOUCHER : UN REGARD DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES

INTRODUCTION : La définition du toucher ainsi que son intérêt dans la pratique médicale ont évolué dans le temps. Ce travail propose une vision du toucher dans la pratique des médecins généralistes.

MÉTHODE : Les résultats ont été extraits d'une étude qualitative basée sur 11 entretiens semi dirigés à l'aide d'un guide d'entretien contenant des questions ouvertes auprès de médecins généralistes libéraux en Picardie.

RÉSULTATS : Cette étude a permis de mettre en évidence une notion essentielle, les médecins généralistes assimilent, pour la majorité, le toucher, dans une consultation, à l'examen clinique. La gêne du patient est souvent gérée par l'explication des gestes. Le médecin peut ressentir de la gêne pour deux grandes raisons : tout d'abord sa propre gêne de toucher le patient dans certaines circonstances et ensuite la gêne créée par celle du patient.

DISCUSSION : La limitation principale reste la durée limitée des entretiens, empêchant l'obtention de données exhaustives. Cependant, les médecins définissent trois touchers (clinique, magique et pathique), ce qui permet aussi de resituer l'importance de la place du médecin généraliste dans une consultation bien que le toucher soit mis à mal dans la pratique actuelle de la médecine.

CONCLUSION : Le toucher, défini de trois manières, est déterminant dans le diagnostic, dans la relation médecin-malade et éventuellement dans la thérapie. Il montre également les difficultés rencontrées par les médecins lors de l'examen physique.

MOTS-CLÉS : Médecins Généralistes, Toucher, Examen Physique, Vision, Relations Médecin-Malade.

TOUCHING : POINT OF VUE OF GENERAL PRACTITIONERS'

INTRODUCTION : The signification of touch and its interest in medical practice have progressed over years. This study suggests a point of vue of touch in the practice of general practitioner.

METHOD : The results were extracted from a qualitative study based on 11 semi-directed interviews using guidelines with open questions from general practitioner in Picardy.

RESULTS : An essential purpose was highlight in this study concerning that majority of the general practitioners assimilate in a consultation, the touch to the clinical exam. The patient inconvenience is mainly managed by the physician and the explanation about touches. The practitioner can feel embarrassed for two principal reasons: the first one is it own embarrassment of touching the patient in certain circumstances and the second one is the embarrassment created by the discomfort of the patient.

DISCUSSION : The major limit of this study remains the short time allow for the interviews, preventing the obtention of exhaustive data. However, the practitioner can define three touches (clinical, magical and pathetic), which allows us to highlight the important place of the general practitioner in a consultation despited that touch is undermined in the current practice of medicine.

CONCLUSION : Touch, defined in three ways, is crucial in the diagnosis, in the doctor-patient relationship and in therapy. It also shows the difficulties encountered by general practitioner during the physical examination.

KEY WORDS : General Practitioners, Touch, Physical Examination, Vision, Physician-Patient Relations