



HAL
open science

Comparaison entre des médecins autofictionnels dans la littérature d'hier et d'aujourd'hui, et des médecins dans la vraie vie en 2019. Étude qualitative basée sur une recherche narrative avec analyse de contenu et des entretiens individuels semi-directifs avec 10 médecins en Région Auvergne

Christian Le Texier

► **To cite this version:**

Christian Le Texier. Comparaison entre des médecins autofictionnels dans la littérature d'hier et d'aujourd'hui, et des médecins dans la vraie vie en 2019. Étude qualitative basée sur une recherche narrative avec analyse de contenu et des entretiens individuels semi-directifs avec 10 médecins en Région Auvergne. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02478884

HAL Id: dumas-02478884

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02478884>

Submitted on 14 Feb 2020

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.

UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

FACULTE DE MEDECINE

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

LE TEXIER Christian André

Présentée et soutenue publiquement le 24 octobre 2019

Comparaison entre des médecins autofictionnels dans la littérature d'hier et
d'aujourd'hui, et des médecins dans la vraie vie en 2019

Etude qualitative basée sur une recherche narrative avec analyse de contenu et des entretiens individuels semi-directifs avec 10 médecins en Région Auvergne

Directeurs de thèse :

Monsieur MARTY Laurent, Docteur en anthropologie, UFR de Médecine et des Professions Paramédicales de Clermont-Ferrand

Madame BUI Marie-Claire, Docteure en médecine, Ambert

Président : Monsieur CLEMENT Gilles, Professeur, UFR de Médecine et des Professions Paramédicales de Clermont-Ferrand

Membres du jury :

Monsieur GERBAUD Laurent, Professeur, UFR de Médecine et des Professions Paramédicales de Clermont-Ferrand

M. LAURICHESSE Henri, Professeur, UFR de Médecine et des Professions Paramédicales de Clermont-Ferrand

Monsieur NOHUZ Erdogan, Professeur associé, UFR de Médecine et des Professions Paramédicales de Clermont-Ferrand

UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

FACULTE DE MEDECINE

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

LE TEXIER Christian André

Présentée et soutenue publiquement le 24 octobre 2019

Comparaison entre des médecins autofictionnels dans la littérature d'hier et
d'aujourd'hui, et des médecins dans la vraie vie en 2019

Etude qualitative basée sur une recherche narrative avec analyse de contenu et des entretiens individuels semi-directifs avec 10 médecins en Région Auvergne

Directeurs de thèse :

Monsieur MARTY Laurent, Chargé d'enseignement, UFR de Médecine et des Professions Paramédicales de Clermont-Ferrand

Madame BUI Marie-Claire, Docteure en médecine, Ambert

Président : Monsieur CLEMENT Gilles, Professeur, UFR de Médecine et des Professions Paramédicales de Clermont-Ferrand

Membres du jury :

Monsieur GERBAUD Laurent, Professeur, UFR de Médecine et des Professions Paramédicales de Clermont-Ferrand

M. LAURICHESSE Henri, Professeur, UFR de Médecine et des Professions Paramédicales de Clermont-Ferrand

Monsieur NOHUZ Erdogan, Professeur, UFR de Médecine et des Professions Paramédicales de Clermont-Ferrand

UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE D'AUVERGNE

: **JOYON** Louis
: **DOLY** Michel
: **TURPIN** Dominique
: **VEYRE** Annie
: **DULBECCO** Philippe
: **ESCHALIER** Alain

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE BLAISE PASCAL

: **CABANES** Pierre
: **FONTAINE** Jacques
: **BOUTIN** Christian
: **MONTEIL** Jean-Marc
: **ODOUARD** Albert
: **LAVIGNOTTE** Nadine

PRESIDENT DE L'UNIVERSITE et
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE PLENIER
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE RESTREINT
VICE-PRESIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
VICE-PRESIDENT DE LA COMMISSION DE LA RECHERCHE
VICE PRESIDENTE DE LA COMMISSION DE LA
FORMATION ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE
DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES

: **BERNARD** Mathias
: **DEQUIEDT** Vianney
: **WILLIAMS** Benjamin
: **HENRARD** Pierre
: **PEYRARD** Françoise
: **PAQUIS** François



UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES

: **DETEIX** Patrice
: **HAZAL** Jean

DOYEN
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

: **CLAVELOU** Pierre
: **ROBERT** Gaëlle

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BOUCHER Daniel - BOURGES Michel - BUSSIERE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques - CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - COUDERT Jean - DASTUGUE Bernard - DAUPLAT Jacques - DECHELOTTE Pierre - DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - MM. GENTOU Claude - GLANDDIER Gérard - Mme GLANDDIER Phyllis - M. JACQUETIN Bernard - Mme LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LESOURD Bruno - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MALPUECH Georges - MARCHEIX Jean-Claude - MICHEL Jean-Luc - MOLINA Claude - MONDIE Jean-Michel - PERI Georges - PETIT Georges - PHILIPPE Pierre - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - REY Michel - Mme RIGAL Danièle - MM. ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre - SIROT Jacques - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François - Mle VEYRE Annie

PROFESSEURS EMERITES :

MM. - BEYTOUT Jean - BOITEUX Jean-Paul - BOMMELAER Gilles - CHAMOUX Alain - DETEIX Patrice - DUBRAY Claude - ESCHALIER Alain - IRTHUM Bernard - KEMENY Jean-Louis - LABBE André - Mme LAFEUILLE Hélène - MM. LEMERY Didier - LUSSON Jean- René - RIBAL Jean-Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PROFESSEURS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M. AUMAITRE Olivier	Médecine Interne
M. LABBE André	Pédiatrie
M. AVAN Paul	Biophysique et Traitement de l'Image
M. DURIF Franck	Neurologie
M. BOIRE Jean-Yves	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M. POULY Jean-Luc	Gynécologie et Obstétrique
M. CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme PENAUT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. BAZIN Jean-Etienne	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M. BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique
M. BOIRIE Yves	Nutrition Humaine
M. CLAVELOU Pierre	Neurologie
M. DUBRAY Claude	Pharmacologie Clinique

M.	GILAIN Laurent	O.R.L.
M.	LEMAIRE Jean-Jacques	Neurochirurgie
M.	CAMILLERI Lionel	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	DAPOIGNY Michel	Gastro-Entérologie
M.	LLORCA Pierre-Michel	Psychiatrie d'Adultes
M.	PEZET Denis	Chirurgie Digestive
M.	SOUWEINE Bertrand	Réanimation Médicale
M.	BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme	DUCLOS Martine	Physiologie
M.	SCHMIDT Jeannot	Thérapeutique
M.	BERGER Marc	Hématologie
M.	GARCIER Jean-Marc	Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
M.	ROSSET Eugénio	Chirurgie Vasculaire
M.	SOUBRIER Martin	Rhumatologie

PROFESSEURS DE
1ère CLASSE

M.	CAILLAUD Denis	Pneumo-physiologie
M.	VERRELLE Pierre	Radiothérapie option Clinique
M.	CITRON Bernard	Cardiologie et Maladies Vasculaires
M.	D'INCAN Michel	Dermatologie -Vénérologie
Mme	JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
Mlle	BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M.	GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
M.	TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M.	MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	RICHARD Ruddy	Physiologie
M.	RUIVARD Marc	Médecine Interne
M.	SAPIN Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.	BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
M.	COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
Mme	GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	ABERGEL Armando	Hépatologie
M.	LAURICHESSE Henri	Maladies Infectieuses et Tropicales
M.	TOURNILHAC Olivier	Hématologie
M.	CHIAMBARETTA Frédéric	Ophthalmologie
M.	FILAIRE Marc	Anatomie – Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	GALLOT Denis	Gynécologie-Obstétrique
M.	GUY Laurent	Urologie
M.	TRAORE Ousmane	Hygiène Hospitalière
M.	ANDRE Marc	Médecine Interne
M.	BONNET Richard	Bactériologie, Virologie
M.	CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	COSTES Frédéric	Physiologie
M.	FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation
Mme	HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie
M.	MOTREFF Pascal	Cardiologie
Mme	PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique
M.	RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique

**PROFESSEURS DE
2^{ème} CLASSE**

Mme CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
Mme KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M. TCHIRKOV Andréï	Cytologie et Histologie
M. CORNELIS François	Génétique
M. DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale
M. CANAVESE Fédérico	Chirurgie Infantile
M. LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M. BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
M. BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M. CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M. LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
M. AZARNOUSH Kasra	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
Mme BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
Mme HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
M. ESCHALIER Romain	Cardiologie
M. MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme TOURNADRE Anne	Rhumatologie
M. DURANDO Xavier	Cancérologie
M. DUTHEIL Frédéric	Médecine et Santé au Travail
Mme FANTINI Maria Livia	Neurologie
M. SAKKA Laurent	Anatomie – Neurochirurgie
M. BOURDEL Nicolas	Gynécologie-Obstétrique
M. NOHUZ Erdogan	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIZE Romain	Hématologie
M. POINCLOUX Laurent	Gastroentérologie
M. SOUTEYRAND Géraud	Cardiologie
M. EVRARD Bertrand	Immunologie
M. POIRIER Philippe	Parasitologie et Mycologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. CLEMENT Gilles	Médecine Générale
Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne	Nutrition Humaine
M. VORILHON Philippe	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme BOTTET-MAULOUBIER Anne	Médecine Générale
M. CAMBON Benoît	Médecine Générale
M. TANGUY Gilles	Médecine Générale

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES -
PRATICIENS HOSPITALIERS**

***MAITRES DE CONFERENCES
HORS CLASSE***

Mme CHAMBON Martine	Bactériologie Virologie
Mme BOUTELOUP Corinne	Nutrition

***MAITRES DE CONFERENCES DE
1ère CLASSE***

M. MORVAN Daniel	Biophysique et Traitement de l'Image
Mlle GOUMY Carole	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Mme FOGLI Anne	Biochimie Biologie Moléculaire
Mlle GOUAS Laetitia	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. MARCEAU Geoffroy	Biochimie Biologie Moléculaire
Mme MINET-QUINARD Régine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. ROBIN Frédéric	Bactériologie
Mlle VERONESE Lauren	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. DELMAS Julien	Bactériologie
Mlle MIRAND Audrey	Bactériologie Virologie
M. OUCHCHANE Lemlih	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. LIBERT Frédéric	Pharmacologie Médicale
Mlle COSTE Karen	Pédiatrie
Mlle AUMERAN Claire	Hygiène Hospitalière
Mme CASSAGNES Lucie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. LEBRETON Aurélien	Hématologie
M. BUISSON Anthony	Gastroentérologie

***MAITRES DE CONFERENCES DE
2ème CLASSE***

Mme PONS Hanaë	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M. JABAUDON-GANDET Matthieu	Anesthésiologie – Réanimation Chirurgicale
M. BOUVIER Damien	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. COLL Guillaume	Neurochirurgie
Mme SARRET Catherine	Pédiatrie
M. MAQDASY Salwan	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques
Mme NOURRISSON Céline	Parasitologie - Mycologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme VAURS-BARRIERE Catherine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. BAILLY Jean-Luc	Bactériologie Virologie
Mle AUBEL Corinne	Oncologie Moléculaire
M. BLANCHON Loïc	Biochimie Biologie Moléculaire
Mle GUILLET Christelle	Nutrition Humaine
M. BIDET Yannick	Oncogénétique
M. MARCHAND Fabien	Pharmacologie Médicale
M. DALMASSO Guillaume	Bactériologie
M. SOLER Cédric	Biochimie Biologie Moléculaire
M. GIRAUDET Fabrice	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme VAILLANT-ROUSSEL Hélène	Médecine Générale
Mme LAPORTE Catherine	Médecine Générale
M. LOLIGNIER Stéphane	Neurosciences – Neuropharmacologie
Mme MARTEIL Gaëlle	Biologie de la Reproduction
M. PINEL Alexandre	Nutrition Humaine
M. PIZON Franck	Santé Publique

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

M. BERNARD Pierre	Médecine Générale
Mme ESCHALIER Bénédicte	Médecine Générale
Mme RICHARD Amélie	Médecine Générale
M. TESSIERES Frédéric	Médecine Générale

Remerciements

À NOTRE PRÉSIDENT DE THESE

À Monsieur le Professeur Gilles CLEMENT :

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Je vous remercie pour votre disponibilité et pour l'intérêt que vous portez à mon sujet de thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de ma profonde gratitude et de mon respect.

À NOTRE JURY DE THESE

À Monsieur le Professeur GERBAUD:

Vous me faites l'honneur d'être membre de mon jury de thèse. Je vous remercie d'avoir accepté d'être présent ce jour. Veuillez trouver ici le témoignage de ma profonde gratitude.

À Monsieur le Professeur LAURICHESSE:

Vous me faites l'honneur de participer à mon jury de thèse. Je vous remercie pour votre présence ce jour. Soyez assuré de ma gratitude et de mon respect.

À Monsieur le Professeur Erdogan NOHUZ :

Vous me faites l'honneur de siéger au sein de ce jury. Je vous remercie pour l'intérêt que vous portez à mon travail de thèse.

À Monsieur Laurent MARTY :

Vous me faites l'honneur de diriger cette thèse. Je vous remercie de m'avoir apporté votre expertise en matière d'anthropologie, de m'avoir enseigné les bases de la recherche qualitative, et de m'avoir orienté sur ce sujet passionnant. Je vous remercie aussi pour votre très grande disponibilité et votre pédagogie excellente. Veuillez trouver ici l'expression de mon plus profond respect.

À Madame Marie-Claire BUI :

Vous me faites l'honneur de diriger cette thèse. Je vous remercie de m'avoir patiemment aussi bien aidé et aiguillé sur ce sujet qui vous touche et vous concerne au premier plan. Soyez assurée que vous avez toutes les ressources et les qualités pour être une grande écrivaine-médecin ; vous l'êtes déjà un peu. Veuillez trouver ici le témoignage de mon admiration la plus sincère.

Remerciements

À mes chers maîtres qui m'ont transmis leur savoir avec bienveillance.

Aux nombreux médecins-écrivains qui ont inspiré mon travail de recherche. J'ai eu la chance d'en rencontrer deux à une conférence.

Aux médecins interviewés qui ont gentiment accepté de participer à mon étude, dont plusieurs ont été mes maîtres.

Aux élus de la commune de Vendat, et aux membres du Conseil départemental de l'Allier, pour la confiance qu'ils m'accordent.

Aux patients, bien sûr, à qui je dédie également ce travail.

À mes amis, co-externes, co-internes. À tous les soignants avec lesquels j'ai pris plaisir à travailler.

À mes parents, qui m'ont transmis des valeurs et m'ont toujours soutenu pendant mes études.

À toute ma famille, et à ma belle-famille.

À Sophie, ma petite femme adorée, pour ton amour et ton soutien indéfectible, et à notre petit enfant qui naîtra bientôt.

Liste des tableaux et figures

TABLEAUX

Tableau I	Caractéristiques des participants	8
Tableau II	Déterminants communs de toutes les relations médecin-patient	47
Tableau III	L'émergence d'un nouvel acteur dans la relation médecin-patient : Internet	48
Tableau IV	Une relation qui n'est une mais multiple	49
Tableau V	Les relations médecin-patient : le paternalisme	51
Tableau VI	Relation centrée sur la maladie	52
Tableau VII	Relation centrée sur le patient : caractéristiques générales	53
Tableau VIII	Relation centrée sur le patient : notion de juste distance	54
Tableau IX	L'asymétrie de la relation médecin-patient	57
Tableau X	Portée et limites de l'approche centrée sur le patient	58
Tableau XI	Souffrances ordinaires intrinsèques à l'individu	61
Tableau XII	Souffrances ordinaires extrinsèques ; psychosociales, liées à la société	62
Tableau XIII	Faculté du médecin de s'investir comme un psychologue non dit et officieux	63
Tableau XIV	Difficulté du rôle de psychologue chez les médecins	65
Tableau XV	Sentiment perçu des médecins interviewés d'avoir été formés à la psychologie pendant leurs études	66
Tableau XVI	La formation psychologique des médecins pendant leurs études	66
Tableau XVII	La filiation spirituelle ou la figure du médecin modèle	68
Tableau XVIII	Médecins se reconnaissant personnellement comme des héros	70
Tableau XIX	Le médecin se reconnaît indirectement comme un héros, via ses gestes héroïques et sauvateurs	71
Tableau XX	Héroïsme ordinaire et au quotidien du médecin	72
Tableau XXI	Facteurs qui contribuent à diluer l'héroïsme personnel du médecin	72
Tableau XXII	Les médecins anti-modèles et contre-exemples, du fait de leurs attitudes envers les patients	74
Tableau XXIII	Les médecins anti-modèles et contre-exemples, du fait de leurs attitudes envers leurs collègues	76
Tableau XXIV	Faibles et fragilités psychologiques du médecin en général	77
Tableau XXV	Cas particulier du burnout	79
Tableau XXVI	Fragilité matérielle du médecin	80
Tableau XXVII	Le médecin, un être humain pas comme les autres, de par les caractéristiques de son métier	81
Tableau XXVIII	Une réalité endiguée par l'éthique professionnelle	82

Tableau XXIX	L'attraction physique voire sexuelle du médecin envers son ou sa patient(e)	82
Tableau XXX	L'attraction psychologique et morale du médecin envers son ou sa patient(e)	83
Tableau XXXI	La répulsion physique du médecin envers son ou sa patient(e)	84
Tableau XXXII	La répulsion morale et psychologique du médecin envers son ou sa patient(e)	85
Tableau XXXIII	Signes d'attraction manifestés par des patients envers leur médecin	86

FIGURES

Figure 1	Diagramme de flux du recrutement de l'échantillon de médecins	7
Figure 2	Liens entre empathie, juste distance et relation de confiance	19
Figure 3	Aspects positifs et négatifs du mensonge médical	21
Figure 4	La fatigue compassionnelle et ses déterminants	25
Figure 5	Les trois acteurs d'une boucle narrative	28
Figure 6	Le triptyque médecin-maladie-patient dans la médecine narrative	28
Figure 7	Rôle du médecin généraliste face aux souffrances psychologiques de ses patients	114
Figure 8	Arbre de codage	130

Liste des abréviations

ACP : approche centrée sur le patient

CNOM : Conseil national de l'Ordre des médecins

DPO : délégué à la protection des données

DUMG : département universitaire de médecine générale

GEASP : groupes d'entraînement à l'analyse de situations professionnelles

IASP : International Association for the Study of Pain

MD : docteur en médecine

MSU : maître de stage des universités

NA : *not available* ; non disponible

OCDE : organisation de coopération et de développement économiques

PhD : *Philosophiae doctor*, littéralement « *docteur en philosophie* » ; diplôme de doctorat de recherche

RSCA : récit de situation complexe authentique

SARM : staphylocoque doré résistant à la méthicilline

SRAS : Syndrome respiratoire aigu sévère

TCEM : troisième cycle des études de médecine

TV : toucher vaginal

Sommaire

1	INTRODUCTION ET OBJECTIFS DE L'ETUDE	1
1.1	INTRODUCTION.....	1
1.2	OBJECTIFS DE L'ETUDE	2
2	MATERIEL ET METHODES.....	3
2.1	RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE	3
2.2	RECHERCHE NARRATIVE ET ANALYSE DE CONTENU	4
2.3	ENQUETE QUALITATIVE	5
3	RECHERCHE DOCUMENTAIRE CONTEXTUELLE ET CONCEPTUELLE.....	14
3.1	HISTORIQUE DE LA RELATION MEDECIN-PATIENT	14
3.2	L'EMPATHIE.....	16
3.3	LA COMPASSION	18
3.4	LA NOTION DE JUSTE DISTANCE	19
3.5	LE MENSONGE DANS LA RELATION MEDECIN-PATIENT	20
3.6	LA SOUFFRANCE ORDINAIRE	21
3.7	LE MEDECIN-HEROS OU SAUVEUR.....	22
3.8	MEDECINS MODELES DE ROLE.....	22
3.9	LE MEDECIN, UN ETRE HUMAIN COMME LES AUTRES.....	23
3.10	LA FATIGUE COMPASSIONNELLE	24
3.11	L'ATTRACTION-REPULSION MEDECIN-PATIENT.....	25
3.12	PSYCHANALYSE, TRANSFERTS ET CONTRE-TRANSFERTS.....	27
3.13	MEDECINE NARRATIVE	27
3.14	LA THEORIE DES DEUX CULTURES.....	29
3.15	POINTS COMMUNS ENTRE LA MEDECINE ET LA LITTERATURE	29
3.16	UTILITE DE LA FICTION NARRATIVE MEDICALE POUR LES SOIGNANTS ET LES SOIGNES	30
4	RESULTATS.....	31
4.1	CONNAISSANCES DES PARTICIPANTS AU SUJET DES ECRIVAINS-MEDECINS.....	31
4.2	DEFINITION DE SEPT THEMES D'ANALYSE A PARTIR DE LA LECTURE DES ROMANS	32
4.3	LA FAÇON DONT LE MEDECIN ENTRE EN RELATION AVEC SON PATIENT	47
4.4	SOUFFRANCES ORDINAIRES DES PATIENTS.....	59
4.5	LES MEDECINS MENTORS ET MODELES	67
4.6	LE MEDECIN HEROS OU SAUVEUR	70
4.7	LES MEDECINS ANTI-MODELES ET CONTRE-EXEMPLES	74
4.8	LE MEDECIN, UN ETRE HUMAIN COMME LES AUTRES.....	77
4.9	L'ATTRACTION-REPULSION EN MEDECINE	82
4.10	MEDECINE NARRATIVE	87
5	DISCUSSION	88
5.1	DISCUSSIONS DES RESULTATS	88
5.2	LIMITES ET FORCES DE L'ETUDE	112
5.3	IMPLICATIONS POUR LA PRATIQUE.....	114
6	CONCLUSION.....	116
7	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	117
8	ANNEXES.....	126
9	ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN	127

9.1	PREMIERE PARTIE : CONFRONTATION DU VECU DES ECRIVAINS—MEDECINS AU VECU DES MEDECINS INTERVIEWES	127
9.2	DEUXIEME PARTIE : APPORTS DE LA MEDECINE NARRATIVE SUR LA PRATIQUE DE LA MEDECINE.....	128
9.3	TROISIEME PARTIE : DONNEES SOCIOLOGIQUES DES MEDECINS	129
10	ANNEXE 2 : ARBRE DE CODAGE	130
11	ANNEXE 3 : MARTIN WINCKLER	131
11.1	BIOGRAPHIE.....	131
11.2	LA VACATION.....	131
11.3	LA MALADIE DE SACHS.....	135
11.4	LE CHŒUR DES FEMMES	141
11.5	LE POINT DE VUE DE L'AUTEUR SUR SON ŒUVRE	147
12	ANNEXE 4 : BAPTISTE BEAULIEU	148
12.1	BIOGRAPHIE.....	148
12.2	ALORS VOILA LES 1001 VIES DES URGENCES.....	148
13	ANNEXE 5 : JADDO	154
13.1	BIOGRAPHIE.....	154
13.2	JUSTE APRES DRESSEUSE D'OURS	154
14	ANNEXE 6 : JEAN REVERZY	157
14.1	BIOGRAPHIE.....	157
14.2	LE PASSAGE	157
14.3	LE POINT DE VUE DE GERARD DANOU SUR L'ŒUVRE DE REVERZY	161
15	ANNEXE 7 : A.J. CRONIN	162
15.1	BIOGRAPHIE.....	162
15.2	LA CITADELLE	162
16	ANNEXE 8 : MARIE DIDIER.....	170
16.1	BIOGRAPHIE.....	170
16.2	CONTRE-VISITE.....	170
16.3	LE POINT DE VUE DE L'AUTEURE SUR SON ŒUVRE.....	173
17	ANNEXE 9 : CELINE	174
17.1	BIOGRAPHIE.....	174
17.2	VOYAGE AU BOUT DE LA NUIT	174
17.3	ANALYSE DU LIEN ENTRE ECRITURE ET MEDECINE CHEZ CELINE	179
18	ANNEXE 10 : WILLIAM CARLOS WILLIAMS.....	180
18.1	BIOGRAPHIE.....	180
18.2	FILLES DE FERMIERS	180
19	ANNEXE 11 : MIKHAÏL BOULGAKOV	183
19.1	BIOGRAPHIE.....	183
19.2	RECITS D'UN JEUNE MEDECIN. MORPHINE. LES AVENTURES SINGULIERES D'UN DOCTEUR.....	183
20	SERMENT D'HIPPOCRATE	186
21	TABLE DES MATIERES.....	188
22	RESUME EN FRANÇAIS	195
23	ENGLISH SUMMARY	196

1 Introduction et objectifs de l'étude

1.1 Introduction

Les personnages de médecins dans la littérature d'hier et d'aujourd'hui sont particulièrement nombreux (1-4). La médecine a inspiré de nombreux écrivains, qu'ils soient ou non médecins ; qu'ils aient ou non étudié la médecine. Des écrivains talentueux n'ont eu nul besoin d'être médecins pour écrire des romans mettant en scène des personnages de médecins très réalistes qui ont marqué la postérité, comme Honoré de Balzac, Émile Zola, Gustave Flaubert ou Albert Camus. La médecine offre cependant aux écrivains-médecins un accès privilégié aux aspects les plus intimes et fragiles de la vie de leurs patients et de leurs malades (5).

Ces écrits littéraires, qu'ils soient ou non issus de travaux de médecins, ont plusieurs points en commun. Ils nous parlent tous des expériences de la maladie, de la douleur, de la souffrance et de la mort traversées par les patients ; de la transcendance des malades et de leurs questionnements sur leur finitude ; du travail du médecin, aussi, émotionnellement riche et difficile (5,6). Ces écrits littéraires permettent aussi d'aborder les représentations de médecins dans la culture populaire d'une époque donnée. Positives ou négatives, elles résonnent avec les représentations que les gens se font de leur propre médecin (3).

De nombreuses études ont été publiées au sujet de ces représentations littéraires de médecins (1-4,7-10). Dans sa thèse, Céline Grimshaw s'intéresse à l'influence des personnages de médecins dans la littérature romanesque sur la pratique de la médecine générale. Elle montre comment les personnages fictifs de médecins servent aux lecteurs d'objets d'identification et de projection (11). De même, les blogs, les séries TV et les films décrivent des représentations singulières de médecins, et visent un public plus large. Deux études ont ainsi cherché à comparer les médecins de fiction dans la télévision à des médecins dans la vraie vie (12,13).

Cependant, nous n'avons pas trouvé d'étude visant spécifiquement à comparer les romans en partie autobiographiques de médecins, à la réalité de l'expérience vécue par de véritables médecins de leur travail. Il serait donc pertinent d'évaluer quels sont les points communs et les

différences entre les médecins autofictionnels* dans la littérature d'hier (XX^e siècle) et d'aujourd'hui, d'une part, et des médecins dans la vraie vie acceptant de parler d'eux, d'autre part.

1.2 Objectifs de l'étude

1.2.1 Objectif principal

L'objectif principal de ce travail de recherche est de répondre à la question : *quels sont les points communs et les différences entre les personnages autofictionnels de médecins dans la littérature d'hier et d'aujourd'hui, et des médecins dans la vraie vie en 2019 ?*

1.2.2 Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires de cette étude sont de répondre aux questions suivantes :

- quels sont les liens entre la médecine et la littérature ?
- quelle est l'utilité de la fiction narrative médicale pour les soignants et les soignés ?
- en quoi les romans de médecins d'hier et d'aujourd'hui éclairent le travail du médecin dans la vraie vie en 2019 ?
- qu'est-ce que les romans de médecins nous dévoilent que ne peuvent pas nous dire les médecins dans la vraie vie ?
- est-ce que le métier de médecin généraliste, et la pensée médicale sur la relation médecin-patient, présentent une évolution entre les débuts des XX^e et XXI^e siècles ?

* Autofictionnel : relatif à l'autofiction, genre littéraire réunissant le roman et les mémoires, biographie romancée. Définition de autofictionnel - Encyclopædia Universalis [Internet]. [cité 11 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.universalis.fr/dictionnaire/autofictionnel/>

2 Matériel et méthodes

Nous sommes partis du concept de la théorie ancrée (*grounded theory*). Dans cette méthode, le chercheur, au lieu d'élaborer une hypothèse qu'il tente de vérifier ensuite, procède à une collecte de données sans a priori, pour ensuite y chercher ce qui « *a du sens* » (14,15).

Cette étude s'est basée sur :

1. une recherche bibliographique ;
2. une recherche narrative avec analyse de contenu ;
3. une enquête qualitative basée sur un questionnaire, consistant en des entretiens individuels semi-directifs avec des médecins actuellement en exercice en Région Auvergne ; approche phénoménologique[†] (16) ;

Une comparaison a ensuite été réalisée entre les citations tirées des romans et les verbatims des entretiens, sur la base de thèmes d'analyse saillants et pertinents, dans l'objectif de faire ressentir les points communs et les différences entre les médecins autofictionnels dans la littérature d'hier et d'aujourd'hui, et les médecins dans la vraie vie en 2019.

Nous avons veillé, dans la mesure du possible, au respect des critères de qualité COREQ (17) et SRQR (18) propres aux recherches qualitatives.

2.1 Recherche bibliographique

Notre recherche bibliographique s'est déroulée de mai 2018 à septembre 2019. Les bases de données utilisées pour la recherche bibliographique ont été les suivantes : Google Scholar ; Pubmed ; Cairn ; PsycINFO. Les mots-clés qui y ont été entrés (MeSH ou autres) ont été les suivants :

- en français : *médecin, écrivain, poète, relation médecin-patient, médecine narrative ; médecine et littérature ; bibliothérapie*
- en anglais : *physician, writer, poet, patient-physician relationship, narrative medicine ; medicine and literature ; bibliotherapy.*

[†] La phénoménologie est l'étude de phénomènes, étude dont la structure se fonde sur l'analyse directe de l'expérience vécue par un sujet. On cherche le sens de l'expérience à travers les yeux d'un sujet qui rend compte de cette expérience dans un entretien ou dans un rapport écrit. Cette méthode demande au chercheur de rendre compte de la réalité du sujet sans chercher à interpréter. *Wikipedia.*

Nous nous sommes également aidés du moteur de recherche Google books pour vérifier les occurrences de certains mots dans les romans étudiés en rapport avec nos thèmes d'analyse. Nous nous sommes aussi intéressés à la littérature grise trouvée sur le sujet[‡].

Nous avons exposé les résultats de notre recherche bibliographique dans notre partie *Recherche documentaire contextuelle et conceptuelle* (p. 14).

2.2 Recherche narrative et analyse de contenu

La recherche ou enquête narrative s'intéresse aux récits, qu'ils soient oraux ou écrits. Ce type de recherche est fondé sur la conviction que les êtres humains donnent du sens à leur vie à travers les récits qu'ils en font (19). Dans le cadre de cette étude, nous avons réalisé une recherche d'ouvrages littéraires (romans, nouvelles) de médecins d'hier et d'aujourd'hui, ayant une certaine notoriété. Nous avons choisi avant tout des écrivains-médecins afin d'avoir des personnages fictionnels de médecins les plus réalistes possibles et les plus proches de médecins dans la vraie vie. Nous avons sélectionné un nombre restreint de livres, eu égard à nos contraintes de temps et de moyens. Puis, nous avons analysé le contenu de ces livres afin d'en faire ressortir des thèmes d'analyse.

Critères d'inclusion :

- ouvrages *écrits par des médecins* ayant exercé la médecine
- ouvrages *parlant de médecine*, ou plus exactement *narrant* la médecine de manière littéraire et non (ou peu) scientifique ;
- fictions romanesques, à base autobiographique, s'intéressant particulièrement, de façon explicite ou implicite, à la relation médecin-patient ;
- ouvrages écrits par des écrivains-médecins français et étrangers ;
- ouvrages écrits par des écrivains-médecins des XIX^e, XX^e et XXI^e siècles ;
- ouvrages écrits par des médecins tenant par ailleurs des blogs sur leur activité professionnelle.

[‡] La littérature grise correspond à des documents produits par diverses instances publiques, commerciales ou industrielles, soumis aux règles de la propriété intellectuelle, et non contrôlés par l'édition commerciale. *Wikipédia*

Critères d'exclusion :

- les ouvrages écrits par des non-médecins ;
- les ouvrages écrits par des médecins mais ne parlant pas de médecine ou de relation médecin-patient ;
- les thrillers, livres catastrophes, d'anticipation et de science-fiction sur le thème de la médecine, dont l'objet s'éloigne de la description de la relation médecin-patient vécue au quotidien dans des conditions authentiques et réalistes ;
- les blogs médicaux dont le support est Internet ;
- les films et séries mettant en scène des médecins, ou portant sur le thème de la médecine.

NB : Nous nous sommes également aidés, exceptionnellement, de citations et passages tirés d'autres romans de médecins, trouvés grâce à notre recherche bibliographique. Et cela lorsque ces passages ou citations : 1/ entraînent dans les thèmes d'analyse relevés ; 2/ apportaient, comparativement aux entretiens, un éclairage significatif que nous n'avons pas trouvé dans les 11 livres princeps étudiés. Nous n'avons pas lu ni analysé ces romans. Chaque fois que nous avons utilisé des citations de ces romans, nous les avons accompagnées de la mention, entre parenthèses : *non traité*.

2.3 Enquête qualitative

2.3.1 Type d'étude : choix de la méthode qualitative

Cette étude est une recherche qualitative. Les méthodes de recherches qualitatives regroupent différentes techniques de collecte et d'analyse de données. Leur objectif est (20-22) :

- la description, l'exploration et la compréhension des points de vue, émotions, sentiments, comportements, vécus, expériences personnelles, croyances, représentations, attitudes et valeurs des individus étudiés ;
- la compréhension de certains aspects de phénomènes sociaux tels que la santé et la maladie, dans leur milieu naturel.

Ces données sont subjectives donc difficilement mesurables par les méthodes de recherche plus conventionnelles, notamment quantitatives. La recherche qualitative consiste le plus souvent à recueillir des données verbales permettant une démarche interprétative.

Le but de notre étude a été de comparer des personnages autofictionnels de médecins dans la littérature aux perceptions de vrais médecins sur leur travail. En ce sens, la méthode qualitative nous est apparue comme la plus appropriée, et sans doute la seule opérationnelle.

2.3.2 Choix de la population de médecins dans la vie réelle

2.3.2.1 Critères d'inclusion

Ont été admis dans l'étude des médecins généralistes ou spécialistes, libéraux ou hospitaliers, actuellement en exercice dans la Région Auvergne, c'est-à-dire thésés, ayant ou non connaissance d'écrivains-médecins et/ou de leurs œuvres.

2.3.2.2 Critères d'exclusion

Internes en médecine. Médecins exerçant dans des régions autres que l'Auvergne. Patients.

2.3.2.3 Recrutement et taux de réponse

Les médecins ont été joints par téléphone, courrier électronique, ou SMS, d'avril à juin 2019. Il a été réalisé un échantillonnage non probabiliste et non aléatoire, par commodité et effet boule-de-neige (Cf. Figure 1, p. 7).

Sur les 16 médecins initialement contactés, 12 ont répondu de manière favorable, correspondant à un taux de réponse de 75 %. Tous les enregistrements étaient exploitables pour l'étude, hormis de très rares fois où certains mots lors de l'écoute a posteriori se sont révélés inintelligibles, et marqués comme tels entre parenthèses.

2.3.2.4 Caractéristiques de l'échantillon

Nous avons interrogé au total 10 médecins (Cf. tableau I, p. 8).

2.3.3 Méthode d'enquête choisie

2.3.3.1 Entretiens individuels semi-structurés

Pour cette étude, nous avons choisi les entretiens individuels semi-structurés ou semi-directifs, basés sur un guide d'entretien, et articulés autour de questions ouvertes permettant d'approfondir le plus précisément possible le vécu des médecins interviewés, tout en le dirigeant sur des thématiques précises.

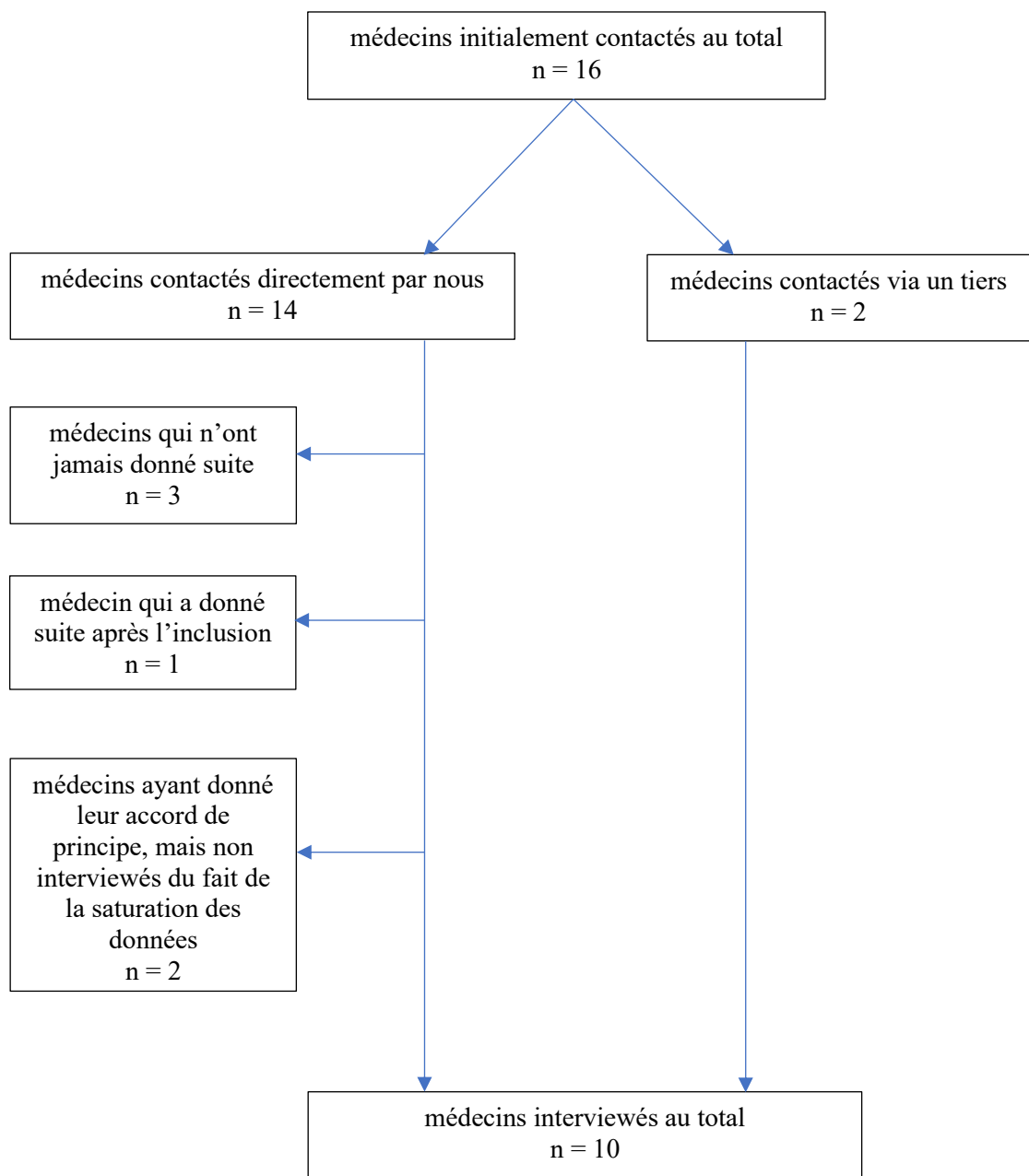


Figure 1 : Diagramme de flux du recrutement de l'échantillon de médecins

Tableau I : caractéristiques des participants

Caractéristiques	Total (N=10) n (%)
Moyenne d'âge (ans)	49
Sexe	
Femme	5 (50)
Homme	5 (50)
Spécialité	
Médecin généraliste	7 (70)
Autre spécialité	3 (30)
Département d'exercice	
Allier (03)	5 (50)
Puy-de-Dôme (63)	4 (40)
Allier et Puy-de-Dôme	1 (10)
Type et mode d'exercice	
Libéral	7 (70)
Cabinet de groupe	5 (50)
Seul	2 (20)
Hospitalier, public et/ou privé	3 (30)
Ancienneté et durée d'exercice moyenne (ans)	21,6
Lieu d'études	
Clermont-Ferrand	7 (70)
...Autre ville en France	3 (30)
Autres diplômes universitaires	6 (60)
Enseignant à la Faculté	1 (10)
Maître de stage des universités	8 (80)

2.3.3.2 Le guide d'entretien

Pour rédiger le guide d'entretien, nous nous sommes servis des thèmes ressortant de l'analyse des romans. Ce guide d'entretien[§] a été réalisé entre trois parties :

- confrontation du vécu des médecins interviewés au vécu des écrivains-médecins
- importance et influence de la médecine narrative sur la pratique de la médecine
- données épidémiologiques et sociologiques des médecins.

Les réponses des participants nous ont encouragés à modifier légèrement de manière proactive notre guide d'entretien en lui apportant des corrections, au fur et à mesure que l'enquête avançait. A noter que nous n'avons pas testé au préalable notre guide d'entretien. Nous n'avons pas pris de notes de terrain pendant les entretiens.

2.3.3.3 Techniques d'entretien

Nous avons essayé de ne pas influencer les interviewés. Nous avons fait tout notre possible pour les laisser s'exprimer le plus librement possible, sans les interrompre. En cas de besoin, nous avons procédé à des relances pour approfondir les idées exprimées ; à des reformulations pour résumer le discours des interviewés ; à des recentrages pour cibler les discours sur nos thèmes.

2.3.4 Le chercheur-enquêteur et ses directeurs de thèse

Il y a eu un chercheur-enquêteur, qui a mené les entretiens individuels, Christian LE TEXIER **, et deux directeurs de thèse, Laurent MARTY, PhD^{††}, et Marie-Claire BUI, MD^{‡‡}, MSU. Au moment de l'étude, Laurent MARTY était docteur en anthropologie de la santé, chargé d'enseignement au département universitaire de médecine générale (DUMG) de la Faculté de médecine de Clermont-Ferrand, Université d'Auvergne. Marie-Claire BUI était docteure en médecine, médecin généraliste dans la commune d'Ambert, et médecin blogueuse sur le site LinkedIn. Christian LE TEXIER était médecin généraliste non thésé de sexe masculin, remplaçant dans l'Allier et le Puy-de-Dôme. Il n'avait pas d'expérience préalable en recherche qualitative. La question de recherche touchait de près le chercheur et ses deux directeurs de

[§] Cf. Annexe 1, pp. 127-129.

^{**} LE TEXIER Christian, 11 rue d'eau, 03110 Saint-Pont, *mailto* : christian-letexiervillanueva@hotmail.fr

^{††} MARTY Laurent, Département Universitaire de Médecine Générale, 28 Place Henri Dunant, 63000 Clermont-Ferrand, France, *tél* : +33 04 73 17 79 35, *mailto* : marty.laurent@wanadoo.fr

^{‡‡} BUI Marie-Claire, 45 Boulevard Henri IV, 63600 Ambert, France, *tél* : +33 04 73 82 30 02, *mailto* : Kaenanh@hotmail.com

thèse, pour des raisons différentes. Laurent MARTY s'intéresse particulièrement à la médecine narrative, et a déjà encadré plusieurs travaux de thèse touchant indirectement à ce sujet. Marie-Claire BUI s'essaye elle-même à l'écriture. Elle aime partager avec les autres des histoires ayant trait à son travail de médecin généraliste. Christian LE TEXIER a trouvé dans ce travail l'occasion de conjuguer son intérêt pour la relation médecin-patient, concept clé en médecine générale, et pour la littérature. Bien que l'étude soit inductive et relève de la théorie ancrée, l'enquêteur avait néanmoins des présupposés avant de commencer son travail de recherche :

- les médecins dans la vraie vie en 2019 connaissent peu et lisent peu d'écrivains-médecins ;
- un médecin donné, que ce soit dans les romans ou dans la vraie réelle, met le plus souvent en œuvre un type donné de relation, parmi les trois possibles suivants : paternaliste, centré sur la maladie ou centré sur le patient ;
- les médecins dans la vraie vie en 2019 mettent le plus souvent en œuvre l'approche centrée sur le patient ;
- le paternalisme n'est plus de mise dans la relation médecin-patient.

2.3.5 Déroulement des entretiens

2.3.5.1 Partage de citations d'écrivains-médecins

Nous ne nous sommes pas seulement contentés de lire ou d'énoncer les questions du guide d'entretien. Pour enrichir nos interviews, nous avons partagé avec les participants des citations que nous avons repérées dans les romans de médecins inclus dans notre étude, et ce de manière à stimuler les médecins interviewés et provoquer chez eux des réactions critiques, positives ou négatives.

2.3.5.2 Éthique et confidentialité des données

Notre étude a respecté la déclaration d'Helsinki. Le schéma de l'étude a été soumis au délégué à la protection des données (DPO) de l'Université d'Auvergne. Le but de l'étude et la notion d'anonymat ont été rappelés oralement à chaque début d'enregistrement, et la confirmation de l'accord de chaque participant a alors été obtenue.

2.3.5.3 Lieux

L'étude s'est déroulée en France, en Région Auvergne. Sur les dix entretiens réalisés, neuf se sont déroulés dans les cabinets ou services respectifs des médecins, et un seul au domicile du médecin concerné, à sa demande, car ne travaillant pas et étant remplacé ce jour-là.

2.3.5.4 Dates et durées des entretiens

Nous avons annoncé une durée prévue d'entretien d'environ 20 à 30 minutes en moyenne, selon la disponibilité personnelle des médecins. La durée exacte de chaque enregistrement a été consignée. Les entretiens se sont déroulés du 3 mai au 3 juin 2019. Dès le premier entretien, nous avons commencé la transcription en verbatim. L'entretien le plus court a duré 24 minutes, le plus long 53 minutes. La durée moyenne d'entretien a été de 38 minutes.

2.3.6 Relations entre l'enquêteur et les participants

2.3.6.1 Relation antérieure

L'enquêteur connaissait personnellement 8 des 10 participants (80 %) avant le commencement de l'étude. Parmi ces huit participants, il a été l'interne de cinq d'entre eux. Au moment de l'étude, il n'entretenait plus aucun lien hiérarchique avec les participants.

2.3.6.2 Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur

Les participants savaient que l'enquêteur a réalisé cette enquête dans le cadre de sa thèse d'exercice de médecine. L'enquêteur a informé les participants des objectifs et motifs de sa recherche.

2.3.6.3 Caractéristiques de l'enquêteur

Plusieurs caractéristiques ont été rapportées par les participants au sujet de l'enquêteur. M2 a ainsi trouvé le sujet « *intéressant* ». Elle nous a indiqué le biais de ne rapporter initialement que la répulsion physique du médecin pour le patient, et pas la répulsion psychologique qui peut également advenir. M6 a trouvé le sujet très littéraire et touchant à l'art. M7 nous a exprimé que les écrits littéraires de médecins n'étaient pas susceptibles de lui apprendre quelque chose d'utile sur la médecine : « *et toi, ça t'a appris quelque chose sur la relation médecin-patient ?* ».

2.3.7 Recueil et traitement des données

Les entretiens avec les médecins se sont déroulés en face à face de mai à juin 2019. Nous avons systématiquement recueilli oralement le consentement des médecins, en rappelant avant chaque entretien et à chaque médecin interviewé, que notre étude respecterait son anonymat. Les entretiens ont été enregistrés en intégralité à l'aide du microphone numérique d'un téléphone portable Asus Zenfone 2®. Le début la fin de l'enregistrement ont été clairement énoncés à l'interviewé. Les fichiers audio ont ensuite été transférés sur PC puis retranscrits en verbatims dans un second temps l'aide des logiciels Word 2016® et Dragon Naturally Speaking 9®. Il n'a pas été réalisé d'enregistrement vidéo. Entre parenthèses, nous avons signalé les attitudes, les tons de voix particuliers ou les rires des médecins interrogés. Tous les médecins ont été remerciés pour leur participation en début et en fin d'entretien. L'inclusion de nouveaux médecins a été arrêtée lorsque la saturation des données a été atteinte, c'est-à-dire lorsque de nouveaux entretiens n'ont apporté aucune information supplémentaire pertinente. Les propos des médecins interrogés ont été tous anonymisés, et tout prénom ou nom qui pouvait faire identifier un médecin ou un patient, systématiquement occulté.

2.3.8 Retour des retranscriptions

Nous avons retourné les transcriptions des entretiens aux participants pour commentaires et corrections.

2.3.9 Analyse des données textuelles

Les verbatims ont été analysés de manière qualitative. Seul le chercheur-enquêteur a codé les données. Cependant, une triangulation avec nos directeurs de thèse a permis d'accroître la crédibilité et la validité de notre analyse de données. Les thèmes ont été à la fois identifiés à l'avance (grâce à la lecture et l'analyse des romans de médecins), et déterminés à partir des données des entretiens réalisés. Un arbre de codage a été réalisé^{§§}.

Au niveau des entretiens, la première étape a été le découpage des verbatims en unités de sens : c'est le séquençage. L'unité de sens est un morceau de phrase recouvrant une idée unique et un sens propre. Une même phrase peut regrouper plusieurs unités de sens, et plusieurs participants peuvent émettre une même unité de sens. La deuxième étape a consisté à donner un code à ces

^{§§} Cf. Annexe 2. p. 130.

unités de sens : c'est le codage. La troisième étape a été la catégorisation, c'est-à-dire le classement et la hiérarchisation des codes, permettant d'établir des sous-catégories, des catégories et enfin des thèmes. Cette analyse a été réalisée à l'aide d'un tableur Microsoft Excel®.

2.3.10 Vérification par les participants

Nous avons transmis aux participants nos Résultats. Nous sommes en attente des retours.

2.3.11 Conflits d'intérêts

Nous ne déclarons aucun conflit d'intérêts.

2.3.12 Financement

Cette étude correspondant à une thèse d'exercice de médecine, elle n'a reçu aucun financement spécifique.

3 Recherche documentaire contextuelle et conceptuelle

Nous présentons et expliquons dans ce qui suit différents concepts ayant trait au métier de médecin, et à ses interconnexions avec la littérature. L'objectif de cette présentation est de faciliter au lecteur la compréhension de concepts auxquels nous avons eu recours dans notre grille d'entretien, ou qui seront évoqués plus loin, dans nos *Résultats* et dans notre *Discussion*.

3.1 Historique de la relation médecin-patient

Pour notre étude, nous avons inclus pour analyse des romans de médecins ayant vécu à différentes époques, du XIX^e au XX^e siècle. Avant d'analyser l'évolution historique de la relation médecin-patient dans les romans, il nous faut d'abord expliquer cette évolution à l'aide de références consensuelles. Le Conseil médical du Canada (CMC) s'est penché sur l'évolution historique de cette relation médecin-patient au cours des XIX^e et XX^e siècles (23). Schématiquement, d'après le CMC, la relation médecin-patient est passée par différents stades évolutifs :

- paternaliste avant la deuxième guerre mondiale ;
- centrée sur la maladie (ou sur le médecin) après la deuxième guerre mondiale (soit de 1950 à 1975 environ) ;
- puis centrée sur le patient à partir des années 1980 : modèle autonomiste, informatif ou délibératif.

3.1.1 Relation médecin-patient paternaliste

Dans le paternalisme, le médecin représente une forme d'autorité parentale pour ses patients : « capable de rappeler à l'ordre, faire la leçon, voire infliger une punition, mais aussi d'apprendre les choses de la vie et de montrer le chemin de l'autonomie » (24). Historiquement, dans ce type de relation, le médecin est convaincu d'être dépositaire d'une autorité et d'une supériorité scientifiques, morales et sociales vis-à-vis du patient. Le médecin décide seul ce qu'il pense être bon pour son patient, entretenant avec lui une relation hiérarchique et verticale.

Le risque d'une telle relation, c'est la déshumanisation du patient, réduit à la dimension objectale du corps malade, faisant de lui un sous-homme qui doit accepter d'avance tout ce que les médecins voudront faire de lui. Dans le paternalisme, le médecin décide également seul de l'information qu'il donne à son patient sur son état de santé. Il peut très bien décider de ne pas lui en donner, ou lui mentir sciemment, par exemple pour lui redonner faussement de l'espoir : mensonge miséricordieux (25).

3.1.2 Relation médecin-patient centrée sur la maladie

Dans ce type de relation, le médecin se voit avant tout comme un savant/scientifique/technicien, tenant un rôle social de premier plan. Il dispense, un peu comme un prestataire de services, en l'occurrence de santé, des soins médicaux en échange d'honoraires, s'intéressant principalement à la dimension somatique, physique et biomédicale de la santé.

Dans ce cadre, le médecin est intéressé par les aspects scientifiques/techniques de sa profession, et par la maladie de son patient, plus que par le patient lui-même. Il aime exercer son talent notamment face à une énigme médicale ou une situation difficile, trouvant valorisant d'avoir fait un diagnostic et/ou un traitement difficile(s).

3.1.3 Relation médecin-patient centrée sur le patient

Dans ce type de relation, le médecin a une approche globale, holistique^{***}, bio-psycho-sociale et financièrement désintéressée de la santé de son patient, s'intéressant en premier lieu à son humanité, montrant de l'intérêt à sa souffrance ordinaire, qui peut constituer le seul motif de consultation. Motif du reste parfaitement normal, reconnu, valable et recevable aux yeux du médecin, qui accepte d'endosser un rôle, non-dit mais authentique dans les faits, de psychologue du patient. À ce titre, la charte du patient hospitalisé du 6 mai 1995 révisée en mars 2006 nous dit : « *le malade ne saurait être considéré uniquement du point de vue de sa pathologie, de son handicap ou de son âge* » (26).

Le médecin respecte de manière inconditionnelle son patient, entretenant avec lui une relation horizontale, non hiérarchique ; d'égal à égal.

Le médecin partage son savoir et ses connaissances avec son patient, cherchant avec lui la meilleure solution à son problème de santé, selon une approche collaborative. Mieux encore :

^{***} En épistémologie ou en sciences humaines, relatif à la doctrine qui ramène la connaissance du particulier, de l'individuel à celle de l'ensemble, du tout dans lequel il s'inscrit (dictionnaire *Larousse*).

1/ Il pense pouvoir apprendre de ses patients autant qu'il peut leur apprendre ; il pense que leur savoir profane de la maladie est autant, sinon plus respectable que son savoir scientifique, parce que tiré directement de l'expérience et du vécu personnels et subjectifs de la maladie (Martin Winckler) ;

2/ Il n'a pas peur d'ouvrir son cœur, de montrer son humanité à son patient, de manière à lui montrer qu'il n'est pas indifférent à sa condition ; qu'il est, lui aussi, humain, donc tout aussi vulnérable et fragile. Il accepte donc de s'impliquer affectivement et émotionnellement.

L'approche centrée sur le patient (ACP) s'est développée sous l'influence de penseurs tels que M. Balint, G.L. Engel, C. Rogers, E.J. Cassell, A. Kleinman, M. Stewart, J.H. Levenstein et I.R. McWhinney (23). Ses fondements philosophiques remontent à Rousseau, Kant, Hobbes et Locke (27). Ce type de relation, mettant l'accent sur l'empathie du soignant et entretenant des connexions étroites avec la médecine narrative, a eu pour objectif la réhumanisation des soins. L'ACP est actuellement privilégiée dans l'enseignement universitaire international de la médecine, et représente assurément le plus haut standard de la relation médecin-patient.

3.2 L'empathie

Nous avons choisi de présenter le concept d'empathie, parce qu'il représente la pierre angulaire de l'approche centrée sur le patient, ainsi qu'un concept clé en médecine générale. L'empathie est l'aptitude à rencontrer l'Autre ; pour le médecin, la capacité à travailler sur les émotions et à aider une personne en détresse (28). Pour le médecin et le patient, c'est l'occasion de «*participer chacun à l'humanité de l'autre* » (29). C'est en effet tant une invitation à l'altérité qu'à une meilleure connaissance de soi-même (30). D'un point de vue épistémologique, l'empathie comporte une double composante, cognitive et émotionnelle (29,31). L'attitude empathique se déroule à trois échelons qui se télescopent :

- capacité à se mettre à la place de l'Autre et à percevoir ses affects : empathie d'affects
- capacité à partager ses représentations : empathie de pensée
- capacité à partager ses actions/réactions : empathie d'action.

Le support anatomique de l'empathie résiderait dans l'hémisphère droit, et ferait intervenir le cortex orbitofrontal, la partie antérieure de l'insula et du gyrus cingulé, le lobe temporal, l'amygdale et le faisceau unciné droit (32). L'empathie devrait être considérée comme un processus instinctif, viscéral, sensoriel, et pas seulement comme un processus cognitif neutre,

froid et distancié, ou encore une intellectualisation détachée de toute émotion (33). L'empathie est individu-dépendante (29), mais elle peut dans une certaine mesure être cultivée par le soignant (34,35).

Dans une relation de soins, l'empathie est une double gestion émotionnelle : gestion des émotions du patient bien sûr et avant tout, mais aussi gestion des émotions du soignant (36,37). L'empathie, c'est notamment savoir gérer les « *moments émotionnels* », ceux où les émotions du patient débordent, franchissent un seuil d'intensité et se déversent tout d'un coup. Le médecin ne doit pas craindre d'être confronté à de telles situations. Il a au contraire l'opportunité d'en faire des « *moments de rencontre* » uniques et privilégiés (38). Le médecin doit tout d'abord savoir reconnaître ces moments d'émotion, qui peuvent être fugaces et discrets. Et demander au patient ce qui se passe. Puis lui proposer de nommer ses émotions. Il ne doit pas avoir peur de lui montrer qu'il se sent touché par ces dernières (29). Le médecin doit être réflexif (« *raisonnement associatif* ») envers les propos et les gestes de son patient (33), en s'aidant pour ce faire de son propre ressenti émotionnel, dont il ne doit pas avoir honte, mais au contraire dont il doit prendre conscience et l'exprimer, pour mieux s'adapter à la singularité du patient et de la situation (39,40). En effet, beaucoup de soignants répriment leurs émotions (36), refoulant la part d'humanité qui est en eux. Ils tiennent un langage biomédical pur face à des problématiques parfois simplement émotionnelles (40).

La congruence émotionnelle patient-médecin influe sur le niveau effectif d'empathie du médecin (41). Un défaut de congruence s'explique par le fait que soignant et soigné partagent un système de valeurs et d'informations différent pour évaluer la situation du second, ou par le fait qu'ils ne sont pas dans le même état psychologique (42). Un état émotionnel dégradé (anxiété), le stress, la charge de travail, le manque de temps influent également négativement la capacité d'empathie du médecin (33). L'affinité personnelle du médecin pour son patient influe également sur son empathie (28). De même, de façon générale et en dehors d'un contexte purement médical, l'empathie serait un processus foncièrement motivé, consciemment ou inconsciemment ; négativement par le partage d'émotions négatives notamment la souffrance, les coûts matériels et l'esprit de concurrence ; positivement par le partage d'émotions positives, le sentiment d'appartenance à un groupe social, et la désirabilité de la qualité empathie (43). L'empathie est la faculté de voir l'invisible et d'écouter l'indicible. Capter les signaux non verbaux peut être une source considérable d'informations pour le médecin (33), a fortiori quand les propos du patient sont discordants avec son attitude non verbale. La reconnaissance et l'interprétation des expressions faciales du patient (44), de même que l'odorat (45) sont des moyens de perception des émotions du patient. Le médecin doit ensuite reconnaître et légitimer

le vécu du patient, respecter les efforts de ce dernier pour faire face, et enfin lui offrir son aide et son soutien pour le futur. Médecin et patient s'accordent ainsi sur une même longueur d'onde, psychique et corporelle : syntonie, synchronie et résonance émotionnelles (29,33,46).

Une bonne empathie clinique est un processus actif : reconnaître, comprendre, et accepter la souffrance des patients peut être un point de départ pour agir avec les patients pour soulager celle-ci (28). Elle fait appel aux capacités d'imagination et de création du médecin.

Cette attitude empathique favoriserait l'attachement du patient à son médecin, en nouant un partenariat entre eux (47). Elle pourrait améliorer les résultats cliniques (48-52), y compris dans le cadre de la médecine générale (53), en aidant le patient à faire face (stratégies de *coping*), en augmentant la confiance du patient envers son médecin et donc son observance/compliance (33), en renforçant son autonomisation (54). Une communication empathique serait également négativement corrélée avec le risque pour un médecin d'avoir des problèmes médico-légaux dans sa pratique (47). Combiner médecine basée sur les preuves et empathie permet de délivrer une médecine de haute qualité (55). L'empathie est profitable non seulement pour le patient, mais également le médecin, car elle réduit son risque de burn-out (28) en enrichissant sa pratique, en la rendant beaucoup plus vivante et en lui donnant du sens (33).

3.3 La compassion

Il n'y a pas une définition univoque de la compassion. Pour certains, la « *compassion* » est un concept de philosophie morale, en ce sens qu'il désigne un affect et une émotion purs et spontanés (56). Pour d'autres, comme Rousseau, il s'agit d'une notion anté, pré-morale, ancrée dans la nature humaine elle-même (56,57) ; et pour Nussbaum, la compassion a une composante cognitive (58). En tout cas, plusieurs auteurs s'accordent à dire que la compassion ne relève ni de la religion, ni des sciences humaines, ni de la médecine (56,57). Du latin ecclésiastique *compassio*, *-onis*, de *compati*, souffrir avec, la compassion peut être le sentiment de pitié ou de commisération qui nous rend sensible aux malheurs d'autrui (59). C'est aussi le sentiment par lequel un individu est porté à percevoir, ressentir, partager la souffrance d'autrui, et est poussé à y remédier (60,61). Néanmoins, pour Paul Ricoeur, la compassion s'oppose à la « *simple pitié, où le soi jouit secrètement de se savoir épargné* » (61). Pour Emmanuel Levinas, la compassion est sous-tendue par l'amour d'autrui (57). Un point commun entre l'empathie et la compassion, c'est la notion de juste distance, que nous abordons dans le paragraphe suivant. Cependant, la compassion rajoute à la dimension passive de l'empathie les notions d'action, d'intentionnalité

et de sollicitude qui visent à soulager la souffrance d'autrui (61). Nous avons choisi de présenter ce concept de compassion pour expliquer sa différence avec l'empathie, et aussi parce qu'il est nécessaire pour comprendre la « *fatigue compassionnelle* » ; concept que nous présentons plus loin.

3.4 La notion de juste distance

La notion d'empathie implique cependant la notion de « *distance professionnelle* » ou « *juste distance* » dans la relation médecin-patient. Martin Mike en donne une définition : « *distance qui limite – moralement et psychologiquement – l'expression des valeurs personnelles dans la vie professionnelle* » (62). Pascal Prayez en donne une autre : « *capacité à être au contact d'autrui malgré la différence des places* », subordonnée à « *l'intention juste* » (63). Cette « *juste distance* » s'élabore entre les deux pôles opposés et extrêmes que sont la fusion et l'indifférence émotionnelles (ou apathie) du médecin envers son patient. Il s'agit donc du juste équilibre entre l'investissement affectif et émotionnel du médecin, et son besoin de protéger son intégrité psychique (64-67). La distance professionnelle est modulée par différents facteurs : personnes en présence et leur nombre ; âge, sexe, statut social, culture, religion, état psychique (67,68). La notion d'empathie est donc étroitement liée à celle de juste distance, qui elle-même conditionne la relation de confiance médecin-patient (figure 2) (65,66). En effet, l'empathie clinique consiste à percevoir, comprendre les émotions de son patient. Mais cela ne doit pas amener le médecin à vivre par procuration la souffrance du patient, chose qui diminuerait la capacité du premier à venir en aide au second (67,69).

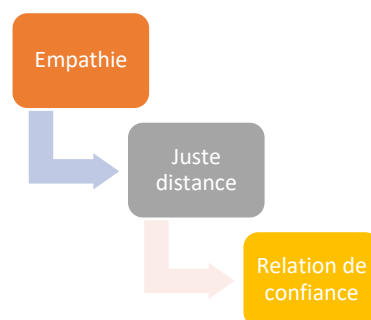


Figure 2 : liens entre empathie, juste distance et relation de confiance

Nous avons choisi de présenter ce concept de juste distance, parce que nous aurons besoin pour présenter les *Résultats*, et discuter de ceux-ci dans notre *Discussion*.

3.5 Le mensonge dans la relation médecin-patient

Le mensonge serait relativement fréquent dans la relation médecin-patient, du médecin au patient, et inversement (70-72). Les raisons de ces mensonges sont les suivantes (70,71) :

- du côté des patients :
 - volonté d'apparaître comme des « *bons* » malades, alors qu'ils sont inobservants, de peur d'être « *punis* »
 - exagération des symptômes pour être pris au sérieux, avoir les examens, diagnostics, traitements et arrêts maladie souhaités (bénéfices secondaires), ou tout du moins une reconnaissance de leur souffrance
 - minoration des symptômes de peur de certains diagnostics, ou du fait d'un déni de ceux-ci
 - venir pour un motif de consultation donné, alors qu'il s'agit en fait d'un autre
- du côté des médecins :
 - lors des consultations d'annonce : annonce d'une maladie grave
 - pour minimiser ou ne pas reconnaître leur responsabilité dans des erreurs médicales
 - recours aux placebos
 - minimisation de l'incertitude diagnostique, de leur propre ignorance, de leur pouvoir en tant que médecins sur le cours de la maladie.

Historiquement, on retrouve une réprobation du mensonge du médecin chez Saint-Augustin, Emmanuel Kant, le médecin américain Richard Cabot en 1910, la loi française du 20 décembre 1988 relative à la protection des personnes se prêtant à la recherche biomédicale, des arrêts de la Cour de cassation vers la fin des années 1990, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades (70,73). Historiquement toujours, on retrouve une justification au mensonge du médecin dans le Decorum hippocratique, chez Platon, le courant utilitariste, Sartre (70,73), le courant paternaliste (74). De nos jours, le mensonge du médecin à son patient est réprouvé, sauf exceptions : lorsque l'information médicale est susceptible d'être nuisible aux patients (73,75). D'après Bernard Hoerni, le mensonge médical risque d'induire une « *perte de repères* » chez une personne malade qui ne comprend pas ce qui lui arrive. D'après lui, « *un danger inconnu, "innommable", est plus redouté qu'un danger identifié, aussi redoutable soit-il* » ; et la plupart des patients « *souhaitent savoir contre quoi ils se battent* » (73).

Pour un médecin, mentir à son patient peut présenter des aspects positifs et négatifs vis-à-vis

de ce dernier (figure) (70,73,75).

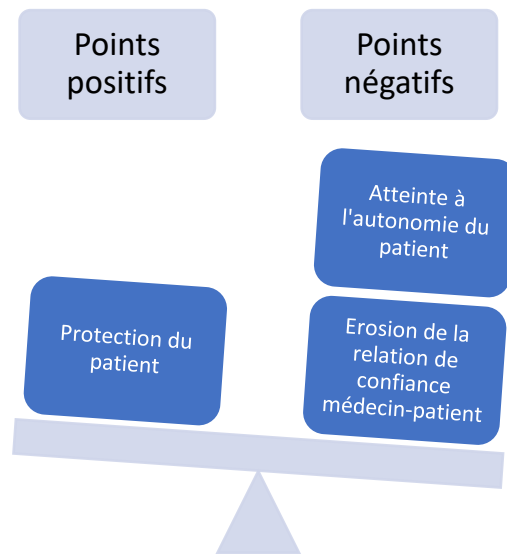


Figure 3 : aspects positifs et négatifs du mensonge médical

Le fait pour un médecin de duper son patient doit être pesé selon une balance bénéfices-risques morale et éthique, pour fonder son utilisation en pratique clinique lorsque cette duperie apparaît moins pire que la vérité. Sokol a ainsi rédigé un algorithme décisionnel pour savoir quand et comment un médecin peut éthiquement tromper son patient (75).

Il y aurait également une dimension sociale dans les mensonges des médecins. D'après l'anthropologue Sylvie Fainzang, le mensonge serait un outil de pouvoir dans la relation des médecins à leurs patients, qui leur conférerait une position dominante (76). De plus, les médecins mentiraient moins aux patients issus des catégories socioprofessionnelles les plus élevées (77).

Nous avons choisi de présenter ce concept du mensonge médical, parce qu'il permet d'explorer l'histoire et l'évolution de la pratique médicale depuis le début du XX^e siècle.

3.6 La souffrance ordinaire

Selon l'association internationale pour l'étude de la douleur (IASP), la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable en rapport à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en ces termes (78). La souffrance est une sensation désagréable ou angoissante, affectant sévèrement une personne à un niveau physique, psychique et existentiel (79). La « *souffrance ordinaire* » est un concept complexe et mal délimité, qui rajoute à ces

trois dernières dimensions une dimension sociale. Polymorphe et universelle, elle s'inscrit à la frontière du normal et du pathologique. Par leur écoute, les médecins généralistes ont un rôle important dans la prise en charge de cette souffrance ordinaire (80-82).

Nous avons choisi d'utiliser cette expression générique de « *souffrance ordinaire* » pour désigner les malheurs et les souffrances au sens large vécus par les patients. Dans une moindre mesure, nous employons également cette expression pour désigner les malheurs et les souffrances vécus par les médecins. Nous avons trouvé ce concept pertinent, parce que rencontré en pratique dans les fictions médicales aussi bien écrites que télévisuelles (83).

3.7 Le médecin-héros ou sauveur

D'après le dictionnaire *Larousse*, le terme « héros » pour recouvrir trois significations différentes : personne qui se distingue par sa bravoure, ses mérites exceptionnels ; principal personnage d'une œuvre littéraire, dramatique, cinématographique ; personne à qui est arrivée une aventure, qui a joué le principal rôle dans une certaine situation (84).

La figure du médecin-héros ou sauveur renvoie à trois éléments distincts :

- mythologie du guerrier (85), qui combat ici la maladie et la mort, et se bat pour la vie ;
- héros « *prométhéen* », qui a pour mission de repousser les limites du pouvoir de l'homme sur les lois implacables de la nature ou sur l'ordre établi par une instance divine (24) ;
- image de « *sorcier* », de « *guérisseur* », doté de pouvoirs occultes (sur le bien, le mal), capable de conjurer et de repousser la mort (24).

Nous avons choisi d'utiliser ce concept de médecin-héros, parce que plusieurs médecins-écrivains (3), et de plus en plus de fictions narratives télévisuelles (86), mettent en scène dans leurs récits des personnages de médecins ayant les traits de véritables héros au service de leurs patients.

3.8 Médecins modèles de rôle

Un *modèle de rôle* désigne la capacité subjective d'un individu à percevoir positivement ou négativement un autre individu pris comme un modèle, et ce pour différentes raisons.

Nous distinguons deux grands types de médecins modèles de rôle :

- médecins mentors et modèles : modèles de rôle positifs ;

- médecins anti modèles et contre-exemples : modèles de rôle négatifs.

D'après le dictionnaire Larousse, un mentor est un guide attentif et sage ; un conseiller expérimenté. Nous entendons par l'appellation « *médecin mentor* » le fait pour un médecin de prendre sous son aile un médecin plus jeune et moins expérimenté. Cette appellation suppose généralement un lien de subordination hiérarchique.

Nous entendons par l'expression « *médecin modèle* » le fait pour un médecin, notamment en formation ou en début de carrière, d'ériger en modèle pour sa pratique celui d'un confrère ou d'une consœur plus âgé(e), mais qui n'est pas forcément son mentor. Il s'agit donc d'un lien d'admiration qui participe à faire naître et grandir en lui la vocation de médecin.

A l'inverse, un médecin peut ressentir le besoin de s'opposer, se démarquer de modèles d'autres médecins pris comme contre-exemples, du fait de leur relationnel avec les patients et/ou de leur incompétence. En marquant son opposition envers ces médecins, le médecin affirme son individualité, son intégrité, et, espère-t-il, ses qualités morales et/ou scientifiques.

Nous avons choisi d'utiliser ce concept de médecins modèles de rôle, parce que nous estimons qu'il fait partie intégrante des fictions médicales non seulement télévisuelles (87,88), mais également écrites (11).

3.9 Le médecin, un être humain comme les autres

Tout comme ses patients, le médecin est aussi soumis à la souffrance ordinaire. Celle-ci peut être directement liée à son travail, car il y emmagasine au quotidien une incroyable accumulation de souffrances ordinaires, celles de ses patients, qui finissent par peser lourd sur propre équilibre psychique. Mais cette souffrance ordinaire du médecin peut être également liée à des problèmes plus personnels et intimes. Derrière l'armure du médecin héros ou sauveur, il présente donc comme tout un chacun des failles, des fragilités et des vulnérabilités (89). Nous avons choisi d'utiliser ce concept, parce que nous estimons qu'il est également indissociable de nombreuses fictions mettant en scène des personnages de médecins.

3.10 La fatigue compassionnelle

Le concept de « *fatigue compassionnelle* » (« *compassion fatigue* », en anglais) mérite qu'on lui accorde une importance particulière. Il existe d'autres traductions de l'expression originale anglaise dans la littérature, comme « *fatigue de la compassion* », ou « *usure de la compassion* ». Nous faisons le choix d'utiliser l'expression « *fatigue compassionnelle* », pour souligner non seulement la conséquence du phénomène qui est l'usure de la compassion, mais également sa causalité qui est la compassion elle-même. Ce concept désigne le stress résultant de l'exposition à un individu traumatisé (plutôt que l'exposition au traumatisme lui-même), et résulte de la convergence d'un *stress traumatique secondaire* et d'un *burnout* cumulatif (90).

Le burnout peut être défini comme une réaction à la réalisation des objectifs d'affirmation de soi, qui survient lorsqu'un individu ne peut atteindre ses objectifs. Il se traduit alors par « *de la frustration, un sentiment de perte de contrôle, une augmentation des efforts volontaires et une baisse de moral* » (91). Le burnout a trois composantes : épuisement émotionnel, dépersonnalisation, accomplissement personnel réduit (92). Le burnout résulte notamment d'une inadéquation entre les ressources et le soutien mis à disposition des médecins, d'une part, et les attentes et les demandes des patients et de la société, d'autre part (93).

Le stress traumatique secondaire se produit lorsqu'un individu ne peut pas sauver quelqu'un, ou le sauver du mal, et entraîne une culpabilité et une détresse (91).

La fatigue compassionnelle est caractérisée par l'épuisement, la colère et l'irritabilité ; des comportements d'adaptation négatifs, notamment l'abus d'alcool et de drogues ; une capacité réduite à ressentir de la sympathie et de l'empathie ; une perte de plaisir ou de satisfaction au travail ; un absentéisme accru et une capacité réduite à prendre des décisions et à prendre soin des patients (94). Cette fatigue compassionnelle représenterait ainsi le prix à payer pour la compassion et pour l'empathie du soignant, et représenterait un risque inhérent à la pratique de tous les soins à la personne, c'est-à-dire les professionnels de santé, les services d'urgence et les travailleurs sociaux (90).

Deux facteurs permettent d'atténuer et de contrecarrer les effets du stress traumatique secondaire et du burnout sur le soignant : la *satisfaction liée à la compassion* (90), et le détachement émotionnel (95) (figure 4). Ce dernier point est cependant discuté, car la compassion fait partie de la vocation même du métier de médecin (96).

L'échelle validée d'évaluation de la qualité de vie professionnelle (ProQOL) permet d'évaluer simultanément la fatigue compassionnelle, à travers ses deux composantes, et la satisfaction liée à la compassion (90).

Les souffrances, les maladies, la mort de ses patients, renverraient au médecin l'image en miroir de sa propre mortalité et finitude (7,97), ce qui pourrait participer à sa fatigue compassionnelle en allant à l'encontre de ses croyances irrationnelles d'immortalité, élément sur lequel nous reviendrons plus loin.

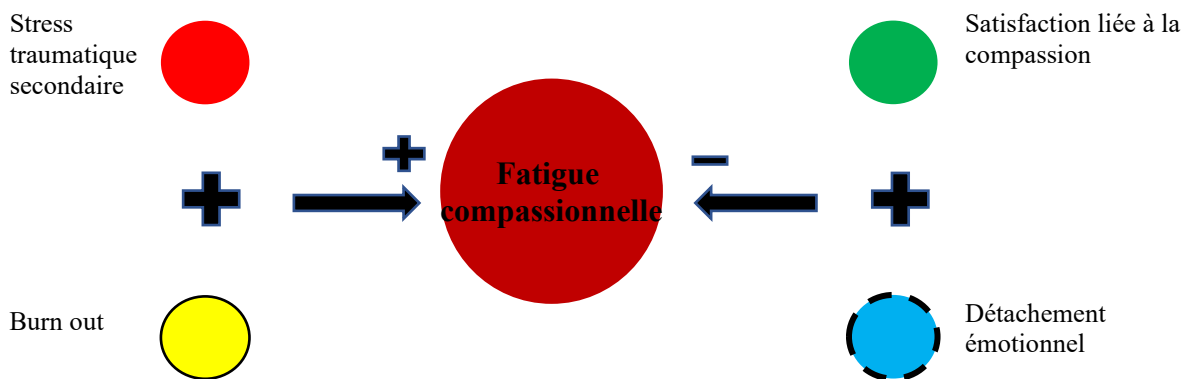


Figure 4 : La fatigue compassionnelle et ses déterminants, adapté de Cocker et Joss (90)

3.11 L'attraction-répulsion médecin-patient

Nous entendons par là l'attraction et/ou la répulsion, physique et/ou psychologique, ressentie par le médecin envers son patient, et inversement (1,7). L'attraction et la répulsion du médecin envers ses patients peuvent être problématiques, dans le sens où elles peuvent révéler des jugements normatifs et moraux. De tels jugements contreviennent à l'éthique médicale, qui prône des soins égaux pour tous : « *les obligations éthiques envers tous les patients nécessitant des soins ne varient pas selon leur nature, leurs antécédents sociaux, systèmes de croyance, ou d'autres caractéristiques non liées à leur état de santé* » (98). De tels jugements sont en effet associés à un réel risque de disparités dans la qualité des soins prodigués (99).

Analysées selon une grille analytique, l'attraction et la répulsion sont des pulsions naturelles pouvant être éprouvées à tout moment par les soignants, qui sont des êtres humains avant d'être

des professionnels. En ce sens, l'attraction et la répulsion font partie de la vie psychique naturelle du médecin (7).

Concernant le cas particulier de l'attraction médecin-patient, les mécanismes favorisant de celle-ci sont le transfert et le contre-transfert (100-102) (cf. infra pour définitions des termes), ainsi que la faible distance physique entre le médecin et ses patients, lors de l'examen ou des soins cliniques : distance personnelle (1,20 m à 40 cm) ; distance intime (moins de 40 cm) qui a « lieu généralement lors de trois situations : la violence, la sexualité et le soutien ou la protection » (65). Cette faible distance physique, et l'intimité qui en découle, sont susceptibles de créer une certaine ambiguïté au sein de la relation médecin-patient.

Depuis le serment d'Hippocrate, tous les codes, publications et comités d'éthique médicale réprouvent formellement les inconduites sexuelles des médecins et les relations sexuelles entre médecins et patients (103-107). Le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) interdit aux médecins toute « *inconduite sexuelle* » envers leurs patients, qui s'apparenterait à un abus de leur position sur des personnes vulnérables (108). Pour autant, le CNOM n'interdit pas les relations sexuelles librement consenties entre un médecin et son patient (108).

Les inconduites sexuelles des médecins et les relations sexuelles entre médecins et patients sont en effet triplement dangereuses : pour les patients, pour le médecin, et pour la relation médecin-patient (102). Chez les patients, leurs conséquences peuvent être dévastatrices, en engendrant des troubles anxiodépressifs, des états de stress post-traumatiques, un risque de suicide majoré. Chez les médecins, elles peuvent conduire à un risque médico-légal : suspension transitoire, ou radiation définitive de l'Ordre des médecins. Elles décrédibilisent la profession tout entière. Concernant la relation médecin-patient, elles minent et sapent le lien de confiance inconditionnel qui normalement les sous-tend.

Concernant le cas particulier de la répulsion éprouvée par le médecin envers ses patients, Gérard Danou parle des « *corps stigmatisés* », en référence aux stigmates, marques au fer rouge jadis imprimées sur les parias et les esclaves (1,7). La répulsion est une réaction naturelle des soignants, qui vise à protéger leur intégrité psychique de facteurs jugés comme pouvant potentiellement agresser et violer les limites d'un « *Soi propre* » (109). Holmes *et al.* emploient à ce titre le concept « *d'abjection* » (109). Gérard Danou interprète le dégoût comme une réaction de fuite devant une représentation de la mort, voire une « *image en creux* » de sa propre mort (7).

L'attraction et la répulsion du médecin envers un même corps biologique ne sont pas mutuellement exclusives. Le dégoût n'empêcherait paradoxalement pas une certaine attraction,

une certaine fascination, un « *certain goût pervers pour le corps malade, ulcéré, déformé par la maladie* » (7).

Nous avons utilisé ce concept d'attraction-répulsion dans notre grille d'entretien, dans l'optique d'explorer un aspect tabou et relativement méconnu des relations médecin-patient.

3.12 Psychanalyse, transferts et contre-transferts

D'après le dictionnaire Larousse, la psychanalyse est une méthode d'investigation psychologique visant à élucider la signification inconsciente des conduites et dont le fondement se trouve dans la théorie de la vie psychique formulée par Freud (110). Cette théorie et sa valeur scientifique sont controversées (111). Un transfert est un processus selon lequel le patient réactualise ses conflits infantiles en projetant sur le thérapeute l'image de ses parents et les sentiments (désirs, expériences pénibles, découverte de la sexualité, etc.) qu'il a éprouvés envers eux (112). Un contre-transfert est l'ensemble des réactions inconscientes de l'analyste vis-à-vis du patient et qui peuvent interférer avec son interprétation (113). Le chercheur-enquêteur n'est ni familier ni expert avec ces notions, qu'il présente uniquement pour faciliter la compréhension de certains aspects des *Résultats*.

3.13 Médecine narrative

La souffrance de l'être malade « *appelle le récit* » selon Paul Ricoeur. On peut traduire « *médecine narrative* » par médecine en récits, sous-entendu la mise en récit avant tout du vécu du malade. Le père fondateur de la démarche inhérente à la médecine narrative serait Pierre Bretonneau (1778-1862) (114). D'après François Goupy, les deux piliers de la médecine narrative sont la narratologie (outil des littéraires pour analyser les textes) et l'écriture réflexive (115). S'inscrivant dans les nouvelles humanités médicales, l'objectif ultime de la médecine narrative serait la réhumanisation des soins (114). Frédéric-Gaël Theuriau nous explique les analogies entre deux triptyques. Sur le plan de la narratologie, on distingue un auteur (émetteur), un texte (message) et un lecteur (récepteur) (Figure 5). Sur le plan médical, la triade malade-maladie-médecin (114).

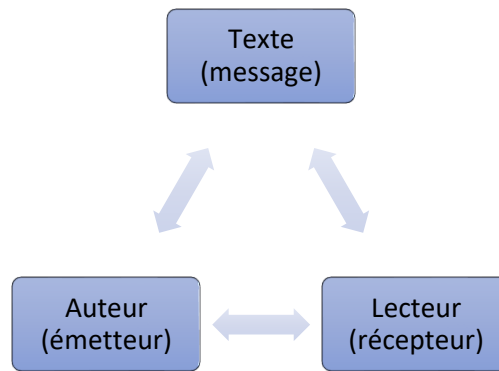


Figure 5 : les trois acteurs d'une boucle narrative.

En développant l'empathie du soignant, la médecine narrative replace le malade au sommet du triptyque médecin-maladie-patient (Figure 6) (114).

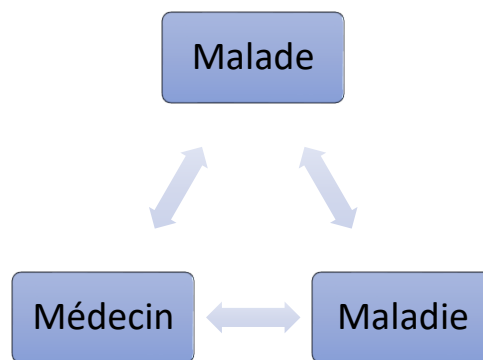


Figure 6 : le triptyque médecin-maladie-patient dans la médecine narrative, d'après F.G. Theuriau

La médecine narrative a été particulièrement étudiée par Rita Charon, Professeure de médecine, médecin interniste de formation, exerçant au Presbyterian Hospital de New York aux États-Unis. Elle est aussi enseignante-chercheuse à la Columbia University, et a un Doctorat en littérature anglaise. Elle expose les principes, le rationnel et les bienfaits de la médecine narrative dans son livre princeps et référence internationale *Narrative Medicine: Honoring the stories of illness* (116), dont il existe une traduction française (8). Rita Charon nous donne une définition de la médecine narrative : « médecine exercée avec une compétence narrative permettant de reconnaître, d'absorber, d'interpréter les histoires de maladies, et d'être ému par elles » (8). Ainsi qu'une définition de la narration : « histoire avec un narrateur, un auditeur, une temporalité, une intrigue et une chute » (8). D'après Charon, les 5 aspects narratifs d'un texte

sont le cadre, la forme, le temps, l'intrigue et le désir (8). Frédéric-Gaël Theuriau préfère aux 5 axes d'analyse de Charon 6 axes un peu différents : situation d'énonciation, architecture, fonction émotive, temporalité, actants, langage (114).

Nous avons choisi d'utiliser ce concept de « *médecine narrative* » parce que nous estimons que les récits écrits et oraux de médecins constituent tous une forme de médecine narrative. Pour cette raison, nous l'avons incluse dans notre grille d'entretien.

3.14 La théorie des deux cultures

La théorie des deux cultures a été énoncée en 1959 par le chimiste et romancier Charles Percy Snow (117). D'après lui, les littéraires sont peu scientifiques, et les scientifiques peu littéraires. Snow a voulu souligner le fossé grandissant entre les sciences dures et les sciences humaines et sociales (117). Nous avons choisi de présenter ce concept, parce que nous estimons qu'il s'oppose à d'autres points de vue, qui rapprochent par exemple la médecine et la littérature (Cf. infra).

3.15 Points communs entre la médecine et la littérature

Nous avons trouvé plusieurs points communs entre la médecine et littérature :

- Leur nature hybride entre art et science (9).
- Leur objet d'étude, selon Lorand Gaspar, chirurgien-poète français d'origine hongroise : « *l'homme* » (9).
- La singularité, la temporalité, la causalité/contingence de chaque situation décrite ; leur intersubjectivité et leur éthique (8).
- L'importance du recours à la parole et leur textualité (118).
- La juste distance entre le lecteur et le narrateur ; entre le médecin et le patient (119).
- Le travail émotionnel ; le fait d'être touché par les émotions d'autrui. « *Être touché est le propre du poète et du soignant* » (Ouanessa Younsi) (9).
- Leur aspect (psych)analytique (9). S'ils sont à l'œuvre dans la relation médecin-patient, les transferts et les contre-transferts sont aussi intimement liés aux actes mêmes d'écrire

et de lire. Gérard Danou : « *la transmutation du langage médical en langage poétique dit le visible et le caché* » (7). Ecrire, pour Rita Charon, « *nous révèle les choses que nous savons, mais que nous ignorions savoir* » ; des « *vérités profondes et inconnues* » (8). La médecine narrative « *aide à voir [...] ce qui est encodé, masqué ou enfoui* » (8). Ouanessa Younsi : atteindre « *l'inexploré en soi, le latent* » (9). Marie Didier : « *il arrivait même que l'écriture me fasse découvrir ce que je n'avais pas su voir* » (9). Bruno Cormier : « *l'art [est] une voie royale vers la conscience* » (9). Il y aurait donc une part fondamentalement (psych)analytique dans l'écriture et la lecture

- Leur sens de l'altérité et leur intérêt pour des personnes en situation de crise (119).
- Leur pouvoir thérapeutique, pour soi et pour les autres (9) : bibliothérapie (120), art-thérapie (9).
- Ces deux disciplines touchent autant l'une que l'autre au sacré, que sont la vie et l'au-delà. Écrivains, poètes et médecins font figure de médiateurs et d'intercesseurs entre le monde des vivants et le mystère absolu qu'est l'au-delà. Exemple avec Paul Valéry, décrivant le chirurgien Henri Mondor comme l'officiant rituel d'une sorte de dieu de la vie et de la mort, vu par un « *ancien revenu des Enfers* », en qui on peut voir « *Dante ou Orphée* » (9).

3.16 Utilité de la fiction narrative médicale pour les soignants et les soignés

Elle est multiple :

- émoi de soi-même (7)
- conjuration de la mort (7)
- sublimation et catharsis (7)
- développement de l'empathie du soignant (8)
- aspect biblio-thérapeutique pour tous (120)
- rapprochement du médecin et de son patient (8)
- immortalisation du lien médecin-malade (8).

4 Résultats

4.1 Connaissances des participants au sujet des écrivains-médecins

4.1.1 Connaitre et avoir lu des écrivains-médecins

Neuf médecins interrogés ont reconnu avoir lu des écrivains-médecins. Les noms les plus souvent revenus sont Céline : 3 médecins (M2, M4, M6) ; et Martin Winckler avec *La Maladie de Sachs* : 5 médecins (M1, M5, M6, M7, M9). Les autres noms qui reviennent sont : Jaddo (M4, M8) ; Jean-Christophe Rufin (M1) ; Jean-Louis Étienne (M1) ; AJ Cronin (M2) ; Lewis Carroll (M2) ; Michel Guilbert (M4) ; Baptiste Beaulieu (M5) ; Giulia Enders (M5) ; Christian Cabrol (M6) ; André Soubiran (M7) ; Paul Perrève (M7) ; Olivier Kourilsky (M10).

M4 : « *Voyage au bout de la nuit, oui je l'ai lu, mais il y a très longtemps* » ; « *Jaddo, c'est plutôt sur l'angle comique. [...] C'est le côté un peu divertissant du métier, le côté un petit peu folklorique* » ; « *Il y a aussi un médecin de la Loire qui a écrit : C'est grave docteur ? Qui reprend un peu toutes les perles du métier.* »

M6 : « [...] *Louis Ferdinand Céline. [...] je me rappelle de ce passage de Voyage au bout de la nuit, où il commence par : « la médecine, c'est de la merde »*¹ ; « *Cabrol [...] il doit y avoir par cœur, ou cœur dans un de ses livres* ».

M7 : « *Les Hommes en blanc, il y a très longtemps* » ; « *La Burle, de Perrève. Et un autre, La Maladie de Sachs, je l'avais lu également.* »

M10 : « *un néphrologue de Necker qui fait des romans policiers, tournés sur la médecine. Meurtre au bloc [...] ; une histoire policière à l'hôpital.* »

4.1.2 Connaitre sans avoir lu des écrivains-médecins

Deux médecins interrogés ont reconnu seulement connaître de nom des écrivains-médecins, sans pour autant avoir lu leurs œuvres. M3 avec *La maladie de Sachs* de Winckler. M8 nous a dit avoir lu Beaulieu sur Internet et sa page Facebook.

¹ Note de l'enquêteur : il s'agit en fait d'une phrase contenue dans l'incipit du livre *Mort à crédit*.

4.2 Définition de sept thèmes d'analyse à partir de la lecture des romans

Nous avons défini sept thèmes d'analyse à partir de la lecture des romans de médecins. Puis, sur la base de ces thèmes, nous avons comparé chaque fois que possible des citations choisies dans les romans de médecins aux propos des médecins en chair et en os que nous avons interrogés. Lorsqu'une citation ou un verbatim n'avait pas d'équivalent comparable dans les propos ou les romans de médecin, respectivement, nous avons noté cette absence de résultat comparatif par l'acronyme NA.

4.2.1 Présentation des auteurs et des livres

Ont été inclus pour lecture et analyse les 11 ouvrages suivants de 9 auteurs médecins-écrivains :

- Winckler M. La maladie de Sachs. Gallimard; 2005. 667 p.
- Winckler M. Le chœur des femmes. Gallimard; 2017. 682 p.
- Winckler M. La vacation. Gallimard; 2014. 224 p.
- Beaulieu B. Alors voilà: Les 1001 vies des Urgences. LGF/Le Livre de Poche; 2015. 306 p.
- Jaddo. Juste après dresseuse d'ours: Les histoires brutes et non romancées d'une jeune médecin généraliste. Univers poche; 2011. 173 p.
- Reverzy J. Le Passage. Du Sonneur; 2014. 280 p.
- Cronin A-J. La citadelle. Paris: Tusitala Editions; 2018. 537 p.
- Didier M. Contre-visite. Paris: Gallimard; 1992. 160 p.
- Céline L-F. Voyage au bout de la nuit - Collection « Folio », 2003. Folio. Gallimard; 2003. 505 p.
- Williams WC, Simon A. Filles de fermiers. Paris: Christian Bourgois Editeur; 2011. 484 p.
- Boulgakov M, Lequesne P. Récits d'un jeune médecin, suivi de Morphine et Les aventures singulières d'un docteur. Translation. Paris: Le Livre de Poche; 1996. 158 p.

Nous présentons les biographies des auteurs, les résumés des romans et leurs caractéristiques dans ce qui suit. Les analyses des œuvres citées figurent dans les annexes 3 à 11.

Nous avons également emprunté des citations à trois livres que nous n'avons pas entièrement lus ni étudiés :

- Reverzy J. Place des angoisses: roman. Julliard; 1956. 192 p.
- Duhamel G. Vie des martyrs [1914-1916]. Mornay; 1919. 236 p.
- Maugham WS. Servitude humaine. Julliard; 1990. 553 p.

NB : Nous avons choisi d'étudier trois livres de Martin Winckler en raison de son intérêt spécial pour la relation médecin-patient. Nous sommes conscients du caractère polémique de l'auteur et de ses ouvrages. Une discussion critique de cet aspect de l'auteur est développée dans notre *Discussion* et en annexe 3, dans l'analyse de son livre *Le Chœur des femmes*, p. 145.

4.2.1.1 Martin Winckler

4.2.1.1.1 Biographie²

Martin Winckler est né à Alger en 1955. Il a fait ses études à Tours, et est médecin généraliste de formation. Il a exercé en tant que médecin de campagne, s'est intéressé à la gynécologie. Il écrit depuis l'enfance, et a connu le succès en particulier avec son livre *La Maladie de Sachs*, Prix du livre Inter 1998 et adapté au cinéma en 1999 sous ce titre par Michel Deville avec Albert Dupontel. Martin Winckler a publié en tout environ une cinquantaine d'ouvrages. En 2009, après avoir reçu une bourse de chercheur invité au Centre de Recherche Ethique de l'Université de Montréal, Winckler a émigré au Québec et s'est installé à Montréal avec sa famille.

4.2.1.1.2 La vacation

Résumé³ : Gestes à accomplir. Bruits de machine. Doigts caoutchoutés. Et ces femmes qui viennent vers le médecin Bruno Sachs, angoissées, confiantes, meurtries... Bruno Sachs accomplit une fois par semaine à l'hôpital une vacation, c'est-à-dire qu'il pratique des avortements dans le cadre de la loi sur l'interruption volontaire de grossesse (IVG). Plus précisément, il pratique des IVG chirurgicales, soit des aspirations endo-utérines dans un petit bloc opératoire. Comment supporter la banalité légale voulue du geste et la blessure qu'il inflige à la chair mais aussi à l'imaginaire ? Comment supporter ce double poids et que peut-on en faire ? Un livre, par exemple. Dans une clandestinité choisie et durant toute une journée, qui sera comme un contrepoint à sa journée de vacation, Bruno Sachs recompose ces instants de

² Tirée de : Winckler M. La vacation. Gallimard; 2014. Biographie fournie par l'éditeur. p. 7

³ Tiré de : La Vacation - Fiction - P.O.L - Site Gallimard [Internet]. [cité 9 sept 2019]. Disponible sur: <http://prod.gallimard.fr/Catalogue/P.O.L/Fiction/La-Vacation>

vie, de mort ; il raconte, il décrit, il énumère, il rêve, il lui arrive aussi de jouer avec les mots par défi, par plaisir, on pense à Perec bien sûr, à Queneau...

Description du type de l'ouvrage : La vacation est un récit à base autobiographique, narré à la deuxième personne du singulier, dans lequel on peut identifier Winckler sous les traits de Bruno Sachs.

4.2.1.1.3 La Maladie de Sachs

*Résumé*⁴ : Bruno Sachs est un jeune médecin généraliste qui s'est installé dans la petite commune fictive de Play. Dans la salle d'attente du Docteur Bruno Sachs, les patients souffrent en silence. Dans son cabinet, les plaintes se dévident, les douleurs se répandent. Entre des habitants inquiets et des familles qui défilent dans sa salle d'attente et au téléphone, le docteur Sachs est confronté à l'humanité. C'est dans l'écriture qu'il puise la force de continuer, chaque page devient un exutoire pour la souffrance humaine. En effet, secrètement et patiemment, sur des feuilles et des cahiers, Bruno Sachs déverse le trop-plein de ceux qu'il soigne. Mais qui soigne la maladie de Sachs ? Le docteur Sachs peut cependant compter sur ses amis de toujours : Diego le libraire, Ray l'Australien et Kate son épouse, ainsi que sur Pauline Kasser, dont il tombe amoureux.

Description du type de l'ouvrage : Il s'agit là encore d'un roman à large base autobiographique, narré la plupart du temps à la deuxième personne du singulier, dans lequel on devine l'auteur à travers les yeux, ou plus exactement les mots de ses patients. Il s'agit d'un récit polyphonique.

4.2.1.1.4 Le Chœur des femmes

*Résumé*⁵ : Jean Atwood, interne des hôpitaux en gynécologie-obstétrique en fin de cursus, major de promotion, vise un poste de chef de clinique. C'est une étudiante très brillante, imbue d'elle-même, du genre Docteur Je-sais-tout. Une as du bistouri, aussi. Mais elle relègue l'importance de la relation médecin-patient, du contact humain, bien loin derrière l'attrait que la chirurgie exerce sur elle. Mais au lieu de lui attribuer le poste convoité, on l'envoie passer son dernier semestre d'internat dans un service de médecine consacré à la médecine des femmes. Elle vient

⁴ Tiré de : Editions P.O.L - La Maladie de Sachs - Martin Winckler [Internet]. [cité 9 sept 2019]. Disponible sur: <http://www.pol-editeur.com/index.php?spec=livre&ISBN=978-2-86744-603-0> ; et de :

La Maladie de Sachs (roman). In: Wikipédia [Internet]. 2015 [cité 9 sept 2019]. Disponible sur: [https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=La_Maladie_de_Sachs_\(roman\)&oldid=114899655](https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=La_Maladie_de_Sachs_(roman)&oldid=114899655)

⁵ Adapté de : Le chœur des femmes, Martin Winckler [Internet]. [cité 9 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.telerama.fr/livres/le-choeur-des-femmes.47248.php>

donc passer à contre-cœur un semestre dans l'unité 77, service d'orthogénie et de planning familial du CHU (fictif) de Tourmens, dirigé par un médecin généraliste, le Dr Franz Karma, ou « *Barbe bleue* ». Les soins délivrés dans ce service sont les avortements, la prescription de contraception, la prise en charge des violences conjugales, la maternité des adolescentes, l'accompagnement des cancers gynécologiques en phase terminale. Aux antipodes d'Atwood, Franz Karma est partisan d'une médecine attentive, humble et modeste, centrée sur l'écoute, le non-jugement et l'échange horizontal médecin-patient. Une relation dans laquelle le respect infini et inconditionnel de l'Autre représente une vertu cardinale et sine qua non. Karma est en lutte déclarée et ouverte contre l'archaïsme de certaines mauvaises pratiques de la gynécologie, paternalistes, autoritaires, condescendantes, normatives et infantilisantes. Peu à peu, au fil des consultations, de ses discussions avec le Dr Karma, le regard d'Atwood va changer. Se métamorphoser, même. De contemptrice dubitative de la philosophie de Franz Karma, elle va progressivement en devenir une laudatrice convaincue, finissant par travailler dans son service. Atwood se rend compte que ce ne sont pas ses maîtres en gynécologie-obstétrique qui lui apprendront le mieux son métier, mais ses patientes. En toile de fond, l'intrigue est nouée sur le thème de l'ambiguïté, de l'incertitude sexuelle et de la théorie du genre, inspirée d'une histoire vraie.

Description du type de l'ouvrage : Le livre est un récit polyphonique et choral, donnant largement la parole à de très nombreuses femmes, victimes de ce que l'on appelle aujourd'hui les violences et maltraitances gynécologiques et obstétricales. Il s'agit d'un roman avec une certaine composante autobiographique, Winckler relatant son activité de gynécologue médical.

4.2.1.2 Baptiste Beaulieu

4.2.1.2.1 Biographie⁶

Médecin généraliste, Baptiste Beaulieu est l'auteur d'un premier livre remarqué, *Alors voilà les 1001 vies des Urgences*, qui a connu un très beau succès en librairie, et a reçu le prix Lire dans le noir / France culture. Son roman *Alors vous ne serez plus jamais triste* reçoit le prix Méditerranée des lycéens en 2016. Son blog alors voila.com compte plus de six millions de visiteurs.

⁶ Tirée de : Beaulieu B. Alors voilà: Les 1001 vies des Urgences. LGF/Le Livre de Poche; 2015. p. 3.

4.2.1.2.2 Alors voilà les 1001 vies des urgences

Résumé : Ce livre raconte l'histoire d'un interne en médecine travaillant dans un service d'accueil des urgences, dans une ville qui n'est pas nommée, et sans repères chronologiques non plus. Dans ce livre, le héros qu'on identifie rapidement à Beaulieu raconte ses consultations et celle de ses co-internes, avec une grande légèreté et beaucoup d'humour. De temps à autre, le héros monte voir sa patiente préférée, la femme « oiseau-de-feu » hospitalisée dans la chambre 7 en soins palliatifs (p. 16-17). C'est une dame d'une cinquantaine d'années, dont le fils étudiant en médecine est coincé à Reykjavik à cause d'un volcan en éruption (p. 21) Elle a peur de ne pas revoir son fils avant sa mort. La figure de cette patiente rappelle au héros celle de sa propre mère, morte prématurément. Entre l'histoire de cette femme qui a en fait perdu tragiquement son fils, malheureux passager d'un avion ayant percuté les twin towers lors des attentats du 11 septembre 2001 à Manhattan, et le regret du narrateur de n'avoir pas connu sa mère plus longtemps ; ce sont leurs histoires respectives qui en fait résonnent et se font écho. Quand Beaulieu raconte à sa patiente des histoires d'autres patients à lui et ses collègues, plus que de conjurer de manière très hypothétique le sort inéluctable de cette dernière, en réalité, il raconte à cette figure maternelle ses joies et ses peines, ses études et son travail, ses amitiés et ses amours, choses qu'il n'a malheureusement jamais pas pu raconter à sa mère.

Description du type de l'ouvrage : Il s'agit d'un récit fictif à base autobiographique, tiré de « consultations et anecdotes [...] authentiques » comme l'auteur lui-même l'énonce en avertissement (p. 7). Bien que romancé, il se rapproche davantage du format blog, la cohérence du livre tenant surtout à l'unité de lieu. Beaulieu a bien entendu pris le soin d'anonymiser ses patients pour respecter le secret médical. Par ailleurs, l'auteur s'est inspiré des histoires de plusieurs « amis, soignants et patients » (p. 7).

4.2.1.3 Jaddo

4.2.1.3.1 Biographie

Jaddo est un pseudonyme. Médecin généraliste, elle a tenu à rester anonyme jusqu'à présent. La préface de son ouvrage a été rédigée par Martin Winckler. Le titre de cette œuvre trouve son origine dans l'enfance de Jaddo. A sept ans, elle voulait être dresseuse d'ours mais en faisant une découverte sur la neuro-anatomie, « complètement éblouie par la lumière, je me rends compte qu'en fermant un œil, un seul œil, je ne suis plus éblouie. [...] c'est l'illumination » (p. 15), elle décide alors de faire médecine.

4.2.1.3.2 Juste après dresseuse d'ours

*Résumé*⁷ : Je suis médecin généraliste. Remplaçante. Pas depuis très longtemps ; j'ai encore un œil très neuf sur tout ce que le monde médical me jette à la figure. Mais quand même, depuis douze ans (entre la fac, l'hôpital et le cabinet), j'ai eu le temps de voir un paquet de choses absurdes, terrifiantes, émouvantes, révoltantes, rigolotes. J'ai eu le temps de dire un paquet de conneries, et d'en faire quelques-unes. J'ai eu le temps de mettre de côté un paquet d'histoires à raconter. J'ai eu envie de les écrire, d'abord pour ne pas oublier ce qui me scandalisait à l'époque de l'hôpital, pour ne pas me laisser aller à m'habituer. Puis pour vomir ma frousse de me voir parfois si impuissante. Puis pour partager avec les gens que j'ai rencontrés, les fragments de victoires, les bouts de vie savourés. Je les livre sans fard et sans romance, bruts, dans le désordre, comme je les ai vécus et comme ils me reviennent.

Description du type de l'ouvrage : Jaddo écrit depuis plusieurs années un blog dont ce livre en est un extrait. Ce livre est une succession d'anecdotes ; elle raconte la réalité de son quotidien sur un ton léger et souvent avec humour. Toutes les histoires sont vraies, les noms ont été maquillés.

4.2.1.4 Jean Reverzy

4.2.1.4.1 Biographie⁸

Jean Reverzy, médecin et écrivain lyonnais (1914-1959), est une figure marquante de la vie littéraire en France des années cinquante. Il sort médecin généraliste de la faculté de médecine de Lyon en 1940. Il entre dans la résistance dès 1941, se marie en 1942 mais se sépare de sa femme en 1943. Il sera arrêté par la Gestapo en juillet 1943, restera emprisonné plusieurs mois, et à sa libération se réfugie dans l'Allier, dont son père est originaire. En août 1944 il rejoint à nouveau le maquis, celui de la forêt de Tronçais, dont il va devenir médecin-chef. Il se marie en secondes noces en 1949. A la fin de la guerre Reverzy s'installe comme médecin généraliste dans une banlieue pauvre de Lyon. Il effectue de nombreux voyages à l'étranger durant ses vacances d'été. En 1952 il part séjourner pour trois mois à Tahiti, une expérience décisive pour sa carrière d'écrivain. En effet, la mer et les îles du Pacifique constituent un élément fondamental de son premier roman, *Le Passage*, paru en 1954, prix Renaudot de cette même

⁷ Tiré de : Juste après dresseuse d'ours : Les histoires brutes et non romancées d'une jeune médecin généraliste [Internet]. Babelio. [cité 9 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.babelio.com/livres/Jaddo-Juste-apres-dresseuse-dours--Les-histoires-brute/463644>

⁸ Tirée de : « Jean Reverzy , médecin, résistant, écrivain de génie et Lyonnais ». Consulté le 9 septembre 2019. <http://andrefabre.e-monsite.com/pages/histoire-de-la-medecine/reverzy-jean-medecin-resistant-ecrivain-de-genie-et-lyonnais.html>

année. Son deuxième roman, *Place des Angoisses*, suivra en 1956, puis le troisième, *Le Corridor*, en 1958. C'est cette année-là, à Gannat, dans une épicerie où il allait faire des commissions pour sa grand-mère, qu'il ressent pour la première fois d'étranges malaises. Le 9 juillet 1959, à seulement 45 ans, Reverzy meurt soudainement d'un infarctus du myocarde.

4.2.1.4.2 Le Passage

*Résumé*⁹ : Dans ce livre sont mêlés des souvenirs exotiques, une fatalité évidente, et une description crue du monde médical. Le narrateur nous raconte le retour d'un vieil ami, rencontré en Polynésie. Celui-ci rentre en France « *pour mourir* ». Avec lui une vahiné sur le déclin et un foie bien mal en point. Il s'appelle Palabaud et est atteint d'une cirrhose, bien qu'il ne soit pas alcoolique. A travers lui, c'est toute une vie en Polynésie qui renaît : la mer tant recherchée, la boue d'une île pas si paradisiaque que ça, les mœurs des aborigènes, les habitudes des Européens, la médecine d'Outre-Mer, etc. Mais en parallèle, le narrateur évoque les quelques mois de répit passés dans un hôtel lyonnais, face à sa propre déchéance, sa propre décrépitude. Sans s'apitoyer, Palabaud n'a pas d'espoir de guérison, il attend, presque avec patience, la mort longue à venir alors que ses joues se creusent, que ses côtes saillent. Son ami-narrateur, médecin, nous raconte les quelques menues mesures qu'il prend pour alléger la douleur d'une existence en train de s'éteindre mais aussi sa relation désabusée avec ses patients et des couloirs d'hôpitaux trop fréquentés. C'est un double voyage qu'opère ici l'auteur, à la fois un périple dans les îles polynésiennes mais aussi le compte-rendu d'une vie sur le déclin, sous le joug nécessaire du temps qui annihile toute volonté.

Description du type de l'ouvrage : Il s'agit à la fois d'un récit relaté par le médecin ami de Palabaud, et d'un roman qui retrace la vie et la maladie de Palabaud. En effet le premier et narrateur raconte, sous forme de récit, les étapes de la vie de son ami Palabaud, jusqu'à la mort de ce dernier et l'autopsie de son cadavre. Le chapitre 1 du livre s'apparente à un récit autobiographique. Il décrit la vie professionnelle d'un médecin de faubourg pauvre, c'est à dire exactement la vie que Reverzy lui-même a menée. Le reste du livre, chapitres 2 à 13, ressemble davantage à un roman. L'auteur a pris soin de prêter à son héros une affection chronique qui laisse intactes les facultés mentales du malade. Et qui lui permet de vivre assez longtemps pour pouvoir décrire en détail la dégradation physique progressive de Palabaud. Celui-ci se rend

⁹ Tiré de : *Le Passage*, de Jean Reverzy | La Critiquante [Internet]. [cité 9 sept 2019]. Disponible sur: <https://lacritiquante.wordpress.com/2012/12/17/le-passage-de-jean-reverzy/>

d'ailleurs par ses propres moyens, en portant lui-même ses affaires personnelles, jusqu'à l'hôpital dans lequel il va mourir quelque temps après (chapitre 12).

4.2.1.5 AJ Cronin

4.2.1.5.1 Biographie¹⁰

Archibald Joseph Cronin est considéré comme l'un des plus grands écrivains écossais. Il est né en 1896 à Cardross, en Écosse. Il a sept ans lorsque son père meurt de tuberculose. Il déménage alors avec sa mère chez ses grands-parents maternels, à Dumbarton en Écosse dans la région de Glasgow. Sa mère est l'une des rares femmes inspectrices de santé publique en Écosse. Il est un élève précoce, remporte de nombreux prix et se distingue aussi en athlétisme et en football. Il obtient son diplôme de médecine en 1919. Il débute sa carrière de médecin généraliste à Tredegar, une ville minière du Sud du Pays de Galles – Aberalaw dans le roman. C'est là qu'il est sensibilisé au sort des mineurs, à la pauvreté des régions industrielles. Devenu inspecteur des mines, il étudie les maladies pulmonaires des mineurs. Il est témoin de la catastrophe de la houillère de Pengelly, qui le marque à vie. Il s'installe à Londres en 1926, et a une clientèle riche et mondaine. Atteint d'un ulcère duodénal en 1930, c'est un repos forcé qui lui a donné l'occasion d'écrire son premier roman : *Le Chapelier et son château* (*Hatter's Castle*, 1931), véritable succès qui lance sa carrière. Cronin devient alors écrivain à part entière et cesse d'exercer la médecine. *Le Chapelier et son château* sera suivi d'une vingtaine d'autres œuvres, principalement des drames, et souvent adaptés au cinéma. Plusieurs de ses ouvrages sont considérés comme des chefs-d'œuvre, en particulier *La Citadelle* (*The Citadel*, 1937), adapté au cinéma par King Vidor en 1938 et surtout *Les Clés du Royaume* (*The Keys of the Kingdom*, 1941), adapté au cinéma par John M. Stahl en 1944. A.J. Cronin décide de partir pour les États-Unis en 1939 avec sa femme et ses trois enfants, rencontrant alors moins de succès littéraire. Il passe les dernières années de sa vie à Montreux, en Suisse, où il meurt en 1981.

4.2.1.5.2 La Citadelle

Résumé¹¹ : Des terrils, des rangées de maisons grises tassées entre les montagnes, c'est tout ce que laisse voir de Blaenelly la pluie qui tombe à verse quand Andrew Manson arrive en octobre

¹⁰ Tirée de: A. J. Cronin. In: Wikipédia [Internet]. 2018 [cité 9 sept 2019]. Disponible sur: [https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=A. J. Cronin&oldid=155329908](https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=A._J._Cronin&oldid=155329908) ; et de : A. J. Cronin (auteur de Les clés du royaume) [Internet]. Babelio. [cité 9 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.babelio.com/auteur/A-J-Cronin/12075>

¹¹ Tiré de : La Citadelle - A. J. Cronin [Internet]. Babelio. [cité 9 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.babelio.com/livres/Cronin-La-Citadelle/16716> ; et de :

1924 dans cette petite ville minière du Pays de Galles pour devenir l'assistant du docteur Page. Le paysage et les mines sont lugubres, le travail pénible, peu importe au jeune Ecossais qui fait là ses premiers pas dans la carrière de médecin. Pour lui, la vie est comme une citadelle perdue dans les nuages qu'il faut conquérir de haute lutte. Il a une mission : soigner. Andrew Manson découvre la frange industrielle du Royaume-Uni, abandonnée à son sort et accablée par la pauvreté. Intransigent, passionné par son métier, il a la chance de rencontrer une compagne parfaite, la fine et jolie Christine. Mais, après bien des jours sombres, s'offre la tentation d'acquérir une riche clientèle. Cèdera-t-il à la facilité, au risque de perdre Christine, ou continuera-t-il ses recherches sur les maladies des mineurs ? Le sort se chargera de le rappeler cruellement au sens de sa mission. Dénonçant un système médical corrompu et l'inutilité des pouvoirs publics, nombreux sont ceux qui considèrent *La Citadelle* comme étant à l'origine de la création du *National Health Service*, l'équivalent britannique de la sécurité sociale. À sa parution en 1937, *La Citadelle* rencontra un énorme succès.

Description du type de l'ouvrage : Il s'agit d'un roman avec probablement une large base autobiographique, mais qui s'en éloigne concernant les détails intimes de sa vie personnelle. Ainsi, si Christine, son épouse dans son livre, ne lui donne pas d'enfants et meurt d'un accident tragique dans le livre, ce n'est pas du tout le cas dans la vraie vie, sa femme lui ayant donné trois enfants.

4.2.1.6 Marie Didier

4.2.1.6.1 Biographie¹²

Marie Didier est née Alger en 1939. Elle ne connaîtra pratiquement pas son père, capitaine dans l'armée française qui meurt en 1940. Elle est élevée par sa mère institutrice. Elle débute sa carrière de médecin gynécologue à l'hôpital Mustapha en Algérie. Elle exerce ensuite dans les bidonvilles, auprès des populations gitanes, puis ensuite à Toulouse, avec une activité mixte, hospitalière et libérale. Très sensible à la misère humaine, elle utilise l'écriture pour faire son introspection et améliorer sa relation avec ses patients. Ses sources d'inspiration sont variées avec une constante cependant, la préoccupation des plus malheureux. Parmi ses œuvres, citons *Contre-visite* (1988), *La mise à l'écart* (1992), *La vie de Jeanne* (2000), *La bouilloire russe*

The Citadel (novel). In: Wikipedia [Internet]. 2019 [cité 9 sept 2019]. Disponible sur: [https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=The_Citadel_\(novel\)&oldid=902241144](https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=The_Citadel_(novel)&oldid=902241144)

¹² Tirée de : Marie Didier (auteur de Dans la nuit de Bicêtre) - Babelio [Internet]. [cité 9 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.babelio.com/auteur/Marie-Didier/14115>

(2002). Son livre *La nuit de Bicêtre* (2006) obtient le prix Jean Bernard, décerné par l'Académie de médecine.

4.2.1.6.2 Contre-visite

Résumé¹³ : La contre-visite du Docteur Marie Didier, ce n'est pas la vérification d'un médecin ultra-scrupuleux ou d'un major soupçonneux. La journée de « *visite* » a été longue et parfois dure entre l'hôpital, le cabinet de banlieue, le dispensaire, le bidonville où vivent les gitans. Elle se demande toujours si elle a su comprendre la souffrance, atténuer la tristesse d'être seul, le malheur d'être deux et de ne plus s'aimer. Ce n'est pas une « *superwoman* » en blanc, et quand elle rentre le soir, comme n'importe quel médecin, elle arrive souvent fatiguée. Alors, avec et contre sa lassitude, Marie Didier ouvre ce cahier d'une contre-visite intérieure. Elle fait comparaître avec ironie et douceur les visages rencontrés pendant la journée, les Français moyens qui ont si peu de moyens, les Algériens qui en ont encore moins, les familles tziganes chassées par la police, les vieilles gens trop solitaires. Elle écoute à nouveau leurs confidences déchirantes ou parfois cocasses, leurs aveux surprenants ou leurs plaintes inattendues. Elle fait comparaître aussi sans indulgence le docteur Marie Didier pour regarder se défaire l'image reconnue du médecin dévoué et sans faille, pour accueillir la force, la lumière dont certains de ses patients sauront lui faire don sans même qu'ils le sachent, pour chercher avec eux et pour eux, avec elle et pour elle, le geste exact. A-t-elle su écouter ? A-t-elle su répondre ? Oui, sans doute. Parce que ce journal des jours ordinaires de la vie, des gens ordinaires est un livre pas ordinaire. Un livre éclairé d'une lumière juste, celle de la compassion sans misérabilisme, de l'observation sans voyeurisme et de l'intelligence du cœur.

Description du type de l'ouvrage : Cet ouvrage se rapproche plus de l'autobiographie et du journal intime que de la fiction romanesque.

4.2.1.7 Céline

4.2.1.7.1 Biographie¹⁴

Louis Ferdinand Destouches (1894–1961), dit Céline, est né et mort en région parisienne. C'est un médecin et écrivain qui a vécu les deux guerres mondiales. Il est notamment célèbre pour

¹³ Tiré de : Contre-visite - Blanche - GALLIMARD - Site Gallimard [Internet]. [cité 9 sept 2019]. Disponible sur: <http://www.gallimard.fr/Catalogue/GALLIMARD/Blanche/Contre-visite>

¹⁴ Tirée de : Louis-Ferdinand Céline. In: Wikipédia [Internet]. 2019 [cité 9 sept 2019]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Louis-Ferdinand_C%C3%A9line&oldid=162469241

son roman *Voyage au bout de la nuit*, très autobiographique, publié en 1932 et prix Renaudot (il manque de peu le prix Goncourt). Ce livre a créé une double révélation :

- dans la manière d'écrire, en introduisant pour la première fois le langage parlé dans la littérature ;
- dans la façon de penser, en remettant en cause le nationalisme et ses conséquences guerrières désastreuses, ce que nul à son époque n'avait encore songé à critiquer.

Céline interrompt ses études secondaires pour s'engager volontaire à 18 ans dans l'armée française en 1912, puis est confronté aux horreurs de la première guerre mondiale, ce qui le rendra profondément pacifiste et pessimiste. Décoré de la Croix de guerre en 1914, il est réformé. Puis il s'en va travailler dans des plantations au Cameroun. Après la guerre, Céline se fixe à Rennes, termine ses études secondaires, se marie en 1919 avec la fille d'un « patron », fait des études de médecine avec une formation accélérée (due à sa qualité d'ancien soldat), soutient une thèse sur la vie et l'œuvre de Philippe Ignace Semmelweis, puis devient médecin généraliste en 1924. Il est alors embauché à Genève par la fondation Rockefeller, ce qui l'amène à voyager en Afrique et aux États-Unis en compagnie d'autres médecins. Puis il exerce la médecine dans un dispensaire à Bezons à Argenteuil, dans la banlieue parisienne. C'est donc un médecin principalement intéressé par l'hygiène et la médecine sociale. En 1926 il rencontre à Genève une danseuse américaine qui sera le grand amour de sa vie. C'est toute cette partie de sa vie que Céline relate dans *Le voyage*. En 1936 Céline publie le roman *Mort à crédit*, récit inspiré de son enfance. Pendant la deuxième guerre mondiale, Céline affiche un antisémitisme virulent, et il collabore avec l'ennemi. À la fin de la guerre, il suit l'armée allemande en déroute. Il s'installe dans le château de Sigmaringen avec le dernier carré des pétainistes et dignitaires du régime de Vichy, ce qu'il relate dans son troisième roman *D'un château l'autre*.

En 1958 il est condamné par contumace à l'indignité nationale pour collaboration. Puis il est amnistié en 1951.

4.2.1.7.2 Voyage au bout de la nuit

Résumé¹⁵ : Lorsque le jeune Ferdinand Bardamu s'engage dans l'armée, il participe à la Grande guerre, et il côtoie ses horreurs. Il y perd ses illusions patriotiques, en même temps que son innocence et son héroïsme. Ils font place au pacifisme et à un profond pessimisme. En Afrique, où le colonialisme lui montre une autre forme d'atrocité, Bardamu s'insurge contre cette

¹⁵ Tiré de : Voyage au bout de la nuit - Louis-Ferdinand Céline [Internet]. Babelio. [cité 9 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.babelio.com/livres/Celine-Voyage-au-bout-de-la-nuit/1636>

exploitation de l'homme par l'homme. En Amérique (États-Unis) où il se rend ensuite, il voit que le capitalisme dépourvu de lois sociales conduit à la misère des plus faibles. Mais Bardamu refuse toute morale et survit comme il peut, entre son travail à la chaîne et son amour pour Molly, généreuse prostituée. De retour en France, il s'installe comme médecin dans la banlieue parisienne, au Rancy (commune imaginaire). Bardamu se dévoue pour ses malades. Au fil de son voyage, il prend conscience de la misère humaine et s'en indigne, cynique et sombre comme la nuit.

Description du type de l'ouvrage : Il s'agit à la fois d'un récit à fort caractère autobiographique, et d'un roman où domine un profond pessimisme et fatalisme sur la nature humaine. Comme dans le livre de Reverzy *Le Passage*, le médecin se trouve parfois confronté à des cas désespérés auxquels il ne peut rien. Cette impuissance est sans doute une composante du pessimisme commun au *Passage* et au *Voyage*. Pessimisme tranquille et détaché dans le premier, mais amer et violent dans le deuxième. Pour Céline, chacun erre dans sa nuit, seul et sans possibilité de soulager ses peines : « *Autant pas se faire d'illusions, les gens n'ont rien à se dire, ils ne se parlent que de leurs peines à chacun, c'est entendu [...] Et puis à se vanter entre-temps qu'on y est arrivé à se débarrasser de sa peine, mais tout le monde sait bien n'est-ce pas que c'est pas vrai du tout et qu'on l'a bel et bien gardée entièrement pour soi* » (p. 292).

4.2.1.8 William Carlos Williams

4.2.1.8.1 Biographie¹⁶

William Carlos Williams, poète et écrivain américain (Etats-Unis), a vécu de 1883 à 1963. En 1906 il est diplômé de l'école de médecine de Pennsylvanie. Il devient interne à l'hôpital français de New York et en 1911, il ouvre un cabinet de médecine à Rutherford (New Jersey), exerçant la pédiatrie et la médecine générale. Chef de file des jeunes poètes de son pays, il a obtenu le National Book Award en 1950, et fut récompensé par le prix Pulitzer et la médaille d'or de la poésie.

4.2.1.8.2 Filles de fermiers

L'édition de Christian Bourgois (2011) rassemble quarante-cinq nouvelles écrites par Williams, soit la plupart d'entre elles. Elle reprend le titre de l'une d'entre elles: « *Filles de fermiers* », qui raconte la relation entre les filles de deux fermiers du sud des Etats-Unis et leur médecin. Nous

¹⁶ Tirée de: William Carlos Williams. In: Wikipédia [Internet]. 2019 [cité 9 sept 2019]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=William_Carlos_Williams&oldid=158999292

donnons ici les résumés et descriptions de trois de ces nouvelles, qui sont toutes à la fois autobiographiques et romancées :

4.2.1.8.2.1 *Le vieux toubib*

Cette nouvelle raconte la vie professionnelle du docteur Rivers, chirurgien de campagne du début du XX^e siècle, ayant pris sous son aile le narrateur-héros alors qu'il n'était encore qu'adolescent, ce dernier l'ayant assisté « *deux fois* » au cours de ses opérations. Williams nous raconte la complexité de ce personnage, d'un côté excellent chirurgien, de l'autre, rongé par l'abus de drogues et d'alcool. Il souligne la contradiction sociétale réunie au sein du même homme, médecin-héros, mais aussi paria décrié par ses confrères. Il s'agit donc plus d'une biographie que d'une autobiographie, quoique romancée.

4.2.1.8.2.2 *La fillette boutonneuse*

Dans cette nouvelle, l'auteur médecin fait des visites au domicile d'une famille de sept enfants pour soigner le dernier né, encore bébé et gravement malade. Cette famille vit dans la misère, la mère est bavarde, alcoolique et geignarde. Elle promet qu'elle va payer le médecin, alors qu'elle n'en fera rien, malgré des visites répétées et couronnées de succès, puisque le bébé guérira. Le texte est principalement consacré à la relation du conteur, le médecin qui parle à la première personne, avec les membres de cette famille. Et particulièrement l'un d'eux, la « *fillette boutonneuse* » qui donne son titre à la nouvelle. Il s'agit en fait d'une adolescente de quinze ans, souvent seule à la maison car elle ne va pas à l'école. Elle fait une forte impression au docteur, qui la soignera aussi, en plus du bébé.

4.2.1.8.2.3 *Recours à la violence*

Dans cette nouvelle, le narrateur médecin se rend en urgence au domicile d'une famille dont la jeune fille est atteinte d'une angine, tous craignant à l'époque une diphtérie. Le narrateur, se montrant d'abord très patient, doit ensuite recourir à la force pour examiner la jeune fille récalcitrante.

4.2.1.9 Mikhaïl Boulgakov

4.2.1.9.1 Biographie¹⁷

C'est à Kiev que Mikhaïl Boulgakov est né (1891) et a grandi. Il entre à la faculté de médecine en 1909 et se marie. Abandonnant la médecine en 1920, il se consacre entièrement à la littérature. Rejoignant Moscou, il publie de nombreux articles et travaille pour la scène. Auteur de comédies, de romans et de nombreuses nouvelles, ennemi de la bureaucratie et des compromis, cet écrivain passionné de théâtre, incompris et écrasé par le pouvoir soviétique (domicile perquisitionné, manuscrits confisqués, pièces tantôt jouées tantôt interdites par la censure), dut se contenter d'emplois subalternes. Ayant conservé jusqu'à la fin sa dignité et sa liberté de créateur, Mikhaïl Boulgakov est mort en 1940 à Moscou. Son œuvre la plus célèbre est *Le Maître et Marguerite*, dans laquelle il mêle habilement le fantastique et le réel.

4.2.1.9.2 Récits d'un jeune médecin. Morphine. Les Aventures singulières d'un docteur

Résumés :

*Récits d'une jeune médecin*¹⁸ : Un jeune médecin réserviste envoyé par le gouvernement de Smolensk débarque à vingt-quatre ans dans un « *trou perdu* » (p. 41), Mourievo, dont il va diriger l'hôpital. Épouvanté à l'idée de devoir se lancer d'urgence dans une trachéotomie sur une fillette de trois ans, moins de deux mois après la fin de ses études, le jeune docteur se prépare avec des sueurs froides à pratiquer une intervention jamais réalisée. Il ouvre la gorge au bistouri, écarte les peaux, éponge un flot de sang noir. « *De trachée-artère, pas la moindre trace. Ma plaie ne ressemblait à aucune gravure.* » Récits littéraires nourris de son expérience personnelle de 1916 à 1917, les *Carnets d'un jeune médecin*, longtemps censurés, n'ont été publiés en Russie qu'après la mort de Boulgakov dans les années soixante.

*Morphine*¹⁹ raconte la progressive intoxication par la morphine d'un médecin qui finit par se suicider. Une narration si réaliste qu'on ne peut s'empêcher de penser que l'auteur n'était pas un simple observateur. Effectivement, ce récit relate très précisément son épisode de morphinomanie en 1917 quand Boulgakov, de retour du front, fut muté comme médecin de

¹⁷ Tirée de : Mikhaïl Boulgakov. In: Wikipédia [Internet]. 2019 [cité 9 sept 2019]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Mikha%C3%AF1_Boulgakov&oldid=159682097

¹⁸ Tiré de : « Carnets d'un jeune médecin - Mikhaïl Boulgakov - Babelio ». Consulté le 9 septembre 2019. <https://www.babelio.com/livres/Boulgakov-Carnets-dun-jeune-medecin/393316>.

¹⁹ Tiré de : Morphine - Mikhaïl Boulgakov [Internet]. Babelio. [cité 9 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.babelio.com/livres/Boulgakov-Morphine/65504>

campagne près de Smolensk. Journal intime du double de l'auteur, *Morphine* est bien le joyau noir d'une œuvre unique, tardivement reconnue.

*Les aventures singulières d'un docteur*²⁰ : Plongé dans la confusion quotidienne de la révolution russe à laquelle il ne comprend rien, un jeune médecin nous donne à voir de l'intérieur, à travers les fragments de son journal, tel un kaléidoscope fou, l'absurdité des guerres civiles.

Description du type de l'ouvrage : Ces *Récits d'un jeune médecin*, suivis de *Morphine* et *Les aventures singulières d'un Docteur*, constituent, de toutes les œuvres de Boulgakov, la seule qui soit vraiment autobiographique²¹.

4.2.2 Sept thèmes d'analyse

Au terme de la lecture et de l'analyse de ces romans, nous avons au final abouti à la mise en évidence de sept grands thèmes d'analyse récurrents :

- 1. La façon dont le médecin entre en relation avec son patient**
- 2. La souffrance ordinaire du patient, et le rôle de psychologue du médecin**
- 3. Les médecins mentors et modèles**
- 4. Le médecin-héros ou sauveur**
- 5. Les médecins anti-modèles et contre-exemples**
- 6. Le médecin, un être humain comme les autres.**
- 7. L'attraction-répulsion dans la relation médecin-patient**

Sur la base de ces thèmes, nous comparons les romans et les interviews de médecins dans ce qui suit.

²⁰ Tiré de : Les aventures singulières d'un docteur - Mikhaïl Boulgakov [Internet].[cité 9 sept 2019]. Disponible sur: <https://ctembarcadere.files.wordpress.com/2017/04/les-aventures-singuliecc80res-dun-docteur1.pdf>

²¹ « Récits d'un jeune médecin suivi de *Morphine* et *Les Aventures singulières d'un docteur*, Mikhaïl BOULGAKOV (1891-1940). » . (blog), 4 août 2011. <https://klima47.wordpress.com/2011/08/04/recits-dun-jeune-medecin-suivi-de-morphine-et-les-aventures-singulieres-dun-docteur-mikhail-boulgakov-1891-1940/>

4.3 La façon dont le médecin entre en relation avec son patient

4.3.1 Déterminants communs de toutes les relations médecin-patient

Tableau II : déterminants communs de toutes les relations médecin-patient		
Thèmes	Dans les romans de médecins	Dans les interviews de médecins
<p>Une relation intersubjective, dyadique et contractuelle</p> <p>Basée sur un contrat tacite et implicite</p>	<p>Winckler, <i>La Maladie de Sachs</i> : <i>"Docteur, il faut que je vous dise [...] ma fille et mon gendre... ils veulent faire enfermer Georges [...] Georges n'est pas méchant [...] je voulais vous demander, si c'est possible, quand je serai morte, ne le faites pas enfermer"</i></p>	<p>M7 : <i>"la relation avec le patient dépend d'une sorte de contrat"</i> M10 : <i>"qu'est-ce qu'attendent les patients des médecins ?"</i></p>
<p>Relation de confiance</p>	<p>Winckler, <i>La Maladie de Sachs</i> : - (le Dr Boulle au Dr Sachs) <i>"tu aurais deviné, toi, qu'elle [la patiente] était gouine ? Tu m'as répondu : non. [...] Mais c'est la première chose qu'elle m'a dite"</i> - (un cousin qui l'appelle) <i>"Il faut dire qu'en dehors de toi, question médecine, Mireille elle ne fait confiance à personne !"</i></p>	<p>M2, M4, M5, M7, M8 : <i>"confiance", "relation de confiance"</i></p>
<p>Médecin et patient se choisissent mutuellement</p>	<p>Winckler, <i>La Maladie de Sachs</i> : (dialogue intérieur de son ami le Dr Boulle) <i>"après ton installation, beaucoup de mes patients ont changé de médecin ! [...] Finalement, ça s'est tassé. Certains sont revenus et ça m'arrive de voir tes clients te quitter pour moi."</i></p>	<p>M2 : <i>"Quand les gens viennent, on est choisi, et on choisit, hein, parce que sinon, ils s'en vont"</i> M5 : <i>"chaque médecin pratique sa médecine, et [...] il a ses patients. Quand on dit une patientèle pour un médecin, c'est vrai qu'au bout d'un temps, les gens correspondent à leur médecin, tout comme le médecin correspond à ses patients"</i></p>
<p>Possibilité de transferts et de contre-transferts</p>	<p>Baptiste Beaulieu, <i>Alors voilà les 1001 vies des urgences</i> : <i>"les informations circulent vite. J'ai entendu parler de ton obsession du cinquième étage. Je t'avoue avoir été intrigué. Ça s'appelle un contre-transfert. Ce n'est utile ni pour elle ni pour toi. Elle mourra bientôt. Et t'occuper de cette patiente n'empêchera pas ta mère de rester morte"</i></p>	<p>M2 : <i>"Ah, c'est ma fille, ma sœur, ma mère, mon médecin"</i> M5 : <i>"Il y a des patients plus âgés que moi qui me disent que je suis comme une mère pour eux"</i> M5 : <i>"tour à tour vous serez, par rapport aux patients, la mère qu'ils n'ont pas eu, la sœur qu'ils voudraient avoir, la petite amie qu'ils convoitent"</i> M8 : <i>"il y a un transfert des patients"</i></p>

Nous avons retrouvé les déterminants communs de toutes les relations médecin-patient dans les romans (n = 2) et les interviews de médecins (n = 6) (tableau II). D'après M5, la relation médecin-patient peut être comparée à « *un voyage* » commun dans le temps. Cette relation est de plus basée sur un contrat tacite et implicite (M7), fondé sur un système d'attentes et de besoins mutuels et réciproques (M10). Parmi d'autres déterminants, les notions de transferts et de contre-transferts. Dans le roman *Alors voilà les 1001 vies des urgences*, Baptiste Beaulieu met en scène un personnage de médecin généraliste interne aux urgences, qui doit s'occuper par intermittence d'une patiente hospitalisée en soins palliatifs et atteinte d'un cancer, la « *femme oiseau de feu* », ou patiente de la chambre 7. Le narrateur-personnage rappelle à celle-ci son fils étudiant en médecine décédé au cours des attentats du World Trade Center. La « *femme oiseau de feu* » rappelle au narrateur sa propre mère, disparue trop tôt. Trois médecins interrogés nous ont confirmé la réalité de cette notion de transferts et contre-transferts dans leur pratique de la médecine.

4.3.2 L'émergence d'un nouvel acteur dans la relation médecin-patient :

Internet

Tableau III : L'émergence d'un nouvel acteur dans la relation médecin-patient : Internet		
Thèmes	Dans les romans de médecins	Dans les interviews de médecins
Internet vu comme une bonne chose	Winckler, <i>Le Chœur des femmes</i> : - "je suis tombée sur votre site en tapant dérèglement hormonal sur l'internet, j'ai décidé en lisant vos articles de vous poser mes questions" - "un week-end par mois, avec un collectif de soignants, [...] j'anime un forum [en ligne] en temps réel, pour répondre aux questions des internautes"	M1 : "Évidemment qu'ils vont sur Internet, évidemment [...] qu'ils se renseignent. C'est fini la médecine d'antan, où il y avait que le médecin comme conseiller."
Internet vu comme une mauvaise chose	NA	M8 : "quand ils vont sur Internet, et qu'ils préfèrent croire à Facebook [...] plutôt que toi. C'est hyper décevant."
Point de vue du médecin sur Internet à définir	Winckler, <i>Le Chœur des femmes</i> : "je suis une jeune femme de 28 ans, je me suis faite traiter il y a six mois par laser pour enlever des condylomes sur le col utérin suite à une infection par le HPV. Je suis très inquiète car en me renseignant sur Internet, sur certains	NA

	<i>sites il semblerait qu'on retrouve ce virus dans d'autres types de cancer comme celui du poumon ou de la peau. Quand j'ai posé la question à ma gynécologue, elle m'a dit que cela ne pouvait induire qu'un cancer de l'utérus ou de la vulve sans rien m'expliquer d'autre [...] j'ai très peur de me retrouver avec un cancer du poumon dans 10 ans"</i>	
--	---	--

Internet comme moyen d'information des patients sur leur santé est vu par le médecin comme une bonne ou une mauvaise chose pour la relation médecin-patient (tableau III). Cette relation initialement dyadique devient donc de plus en plus une triade médecin-patient-Internet. Nous avons retrouvé dans *Le chœur des femmes* de Winckler un personnage de patiente citant Internet comme une source d'information anxiogène pour elle, le point de vue du médecin sur Internet restant à définir. Nous ferons un commentaire sur cette citation dans notre *Discussion*. Nous n'avons retrouvé aucune occurrence des termes « *Internet* » et « *Web* » dans les romans *Juste après dresseuse d'ours* et *Alors voilà les 1001 vies des urgences*, de Jaddo et Baptiste Beaulieu, respectivement.

4.3.3 Une relation qui n'est une mais multiple

Tableau IV : une relation qui n'est une mais multiple		
Thèmes	Dans les romans de médecins	Dans les interviews de médecins
Variabilité de la relation selon le patient, dans le temps, et selon les circonstances	Reverzy, - <i>Le Passage</i> : "Tout cela, cependant, avait été long. Je suis médecin, et les médecins [...] glissent dans un monde qu'ils ne partagent qu'à demi; un mur les sépare de la vie qu'ils surveillent. Pour eux, tous les êtres s'agitent en un coma permanent et, parce qu'ils la connaissent, ils se tiennent à l'écart de l'universelle agonie. Leur expérience est le résidu de souffrances aiguës ou monotones" - <i>Place des angoisses</i> (non traité) : "je m'étais trouvé près d'un vieillard endormi, je l'avais réveillé ; nos voix s'étaient levées pour proclamer notre alliance [...] j'avais trouvé ma place au milieu des hommes"	M1 : "La relation qu'on a, c'est hyper variable. Ça dépend de ton patient, à l'heure H, ou au moment M" M2 : "Moi, je suis différente en fonction de chaque patient" M5 : "Donc ils viennent tous chercher quelque chose de différent." M6 : "En fait, c'est quelque chose qui change" M8 : "Par rapport à eux ? Moi j'ai les trois à la fois [note de l'enquêteur : les trois types de relations médecin-patient], je pense. Et je pense qu'il faut les avoir" M9 : "Moi, je dirais que des lectures que j'ai pu avoir sur Martin Winckler, [...] je me reconnais dedans [...] sur sa vision des patients, de la médecine"

	W.C. Williams, <i>Filles de fermiers</i> , <i>Recours à la violence</i> : "Allez Mathilda, ouvre la bouche que nous examinions ta gorge. Peine perdue. Allons, sois mignonne, dis-je en la câlinant. [...] Apportez-moi une cuillère à manche lisse, dis-je à la mère. Qu'on en finisse. [...] Je repassais donc à l'attaque [...] Le pis était que j'eusse perdu toute mesure moi aussi. Dans ma rage, j'aurais pris plaisir à tailler la gamine en pièces"	M10 : "La question, c'est [...] d'avoir le bon comportement en face de la bonne personne [...] contrairement à ce qu'on veut nous faire croire, à mon sens, il n'y a pas un état pur, mais il y a des états avec des personnes différentes, et à des moments différents"
--	--	--

Nous avons noté une variabilité des relations médecin-patient chez un même médecin dans des romans de médecins (n = 3) et chez des médecins interrogés (n = 7) (tableau IV). C'est-à-dire que ces relations pouvaient emprunter successivement ou simultanément une ou plusieurs des caractéristiques de chacune des relations médecin-patient possibles, parmi les relations : paternaliste, centrée sur la maladie et centrée sur le patient.

Nous avons remarqué une progression entre le détachement relationnel du personnage de médecin dans *Le Passage* de Reverzy, et ce qui nous semble être une authentique approche centrée sur le patient dans un passage de *Place des angoisses* (non traité) du même auteur. De même, le personnage de médecin dans la nouvelle *Recours à la violence* du recueil *Filles de fermiers* de William Carlos Williams change d'attitude en face d'une jeune fille suspecte de diphtérie qui refuse de se laisser examiner la gorge. Nous n'avons en revanche pas retrouvé de variabilité des relations médecin-patient dans les romans de Martin Winckler. Le personnage de Bruno Sachs nous a semblé être toujours et en toute circonstance imprégné de l'approche centrée sur le patient. Tout comme Sachs, une participante (M9) nous a dit qu'elle plébiscitait l'approche centrée sur le patient, la privilégiant à d'autres types de relations.

Un autre exemple de variabilité des relations, celui-là extrême, a été retrouvé dans *Voyage au bout de la nuit* de Céline. Le narrateur et personnage principal Bardamu, médecin, passe tour à tour d'un sentiment de sympathie envers le jeune Bébert, à l'indifférence envers une femme qui se meurt d'hémorragie en avortant, puis à une franche antipathie envers un nourrisson qui pleure (Cf. *Annexe 9 : Céline*). Les médecins interrogés ont justifié cette variabilité de leurs relations par la nécessité de s'adapter à la singularité de leurs patients et des situations cliniques.

4.3.4 Le paternalisme

Tableau V : les relations médecin-patient : le paternalisme		
Thèmes	Dans les romans de médecins	Dans les interviews de médecins
Paternalisme médical historique : Autoritarisme	Reverzy, <i>Le Passage</i> - Un médecin militaire à Palabaud <i>"Déshabillez-vous complètement. Etendez-vous sur le lit"</i> - Palabaud hospitalisé à l'hôpital militaire ne reçoit aucune information sur son état de santé.	Un participant, en off : <i>"les patrons avaient droit de vie et de mort sur les patients et sur leurs internes"</i>
Mensonge miséricordieux	- Tous les médecins que Palabaud consulte lui mentent systématiquement sur son état de santé : <i>"Ami, lui dit enfin le colonel, votre foie est très malade. [...] Malgré tout, je vais vous annoncer une bonne nouvelle : vous guérez"</i> ; <i>"Mon confrère vous a amené ici pour [...] vous guérir."</i> ; <i>"ne désespérez pas [...]. La Science doit vous sauver."</i>	M5 : <i>"quelquefois, en fait, il m'est arrivé de tricher en citant l'exemple du patient qui était en face de moi, à lui-même, en lui disant : voyez, je connais un monsieur, il a refusé de prendre un médicament pour sa tension, il a refait un AVC. Ah bon ? Oui, oui. Puis, il avait votre âge, puis il a regretté. Et il m'a dit : ah, si j'avais su."</i>
Figure d'autorité du médecin	Winckler, <i>Le Chœur des femmes</i> : <i>"il [Franz Karma] voulait toujours avoir le dernier mot. [...] Si je lui tenais tête, il m'écraserait"</i>	M2 : <i>"je peux être autoritaire"</i> M5 : <i>"il y en a qui recherchent quand même une figure d'autorité. [...] Il faut arriver à les remettre à leur place, à les recadrer"</i> M8 : <i>"il y a un côté autoritaire aussi à avoir. Moi, je suis capable de mettre des gens dehors"</i>
Figure parentale du médecin	NA	M2 : <i>"Ah, c'est [...] ma mère, mon médecin"</i> M4 : <i>"Je pense que parfois j'ai une relation un peu paternaliste, mais du genre paternel, le père, quoi."</i>
Paternalisme bienveillant Exemples	Boulgakov, <i>Récits d'un jeune médecin</i> - Le narrateur à une mère et une grand-mère qui refusent la trachéotomie proposée à une jeune fille de trois ans atteinte de croup diphtérique : <i>"vous êtes devenues folles ? ! Comment ça, vous n'êtes pas d'accord ? Vous êtes en train de la laisser mourir ! Donnez votre accord ! Comment n'avez-vous pas pitié ?"</i> - A une mère dont les enfants sont atteints de syphilis, qui souhaite partir de l'hôpital contre avis médical : <i>"tu sais quoi ?.... tu n'es qu'une gourde ! [...] Regarde ton Vanka ! Que veux-tu donc ? Le faire mourir ? ! Eh bien, non, je ne te le permettrai pas !"</i>	M5 : <i>"le patient [...] doit respecter aussi le temps que je lui consacre, et l'avis que j'ai à lui donner [...] [des patients peuvent se montrer] un peu trop familiers, un peu trop envahissants"</i> M8 : <i>"mais lorsqu'il [le patient] se met en danger, il faut savoir aussi réagir, en lui disant que [...] ne pas se faire soigner, ce n'est pas une bonne chose, s'il refuse le soin ou l'explication, il faut savoir aussi cogner du poing sur la table [...]."</i> M10 : <i>"il faut pas me mettre en échec dans tout ce que je fais"</i>

Objectifs	NA	M8 : "Si le patient n'est pas acteur de soins, et n'est pas acteur de sa maladie, ça ne marche pas" M10 : "il faut, comme tout le monde, assumer ses actes. À un moment ou un autre. [...] Il faut que chacun soit responsable, et ait une cohérence dans ce qu'il fait, et dans ce qu'il montre."
Difficultés des femmes médecins à asseoir leur autorité	Jaddo, <i>Juste après dresseuse d'ours</i> : "j'ai sincèrement cru, un moment, que le type allait me cogner, de tous ses poings d'un demi mètre cube pièce. [...] Ils sont sept, dans la salle d'attente. Avoir entendu l'autre demi-tonne qui s'époumonait sur mon incompétence"	M2 : "Je suis d'une génération [...] où les femmes médecins, ça ne courrait pas vraiment les rues. Donc, il y avait cette problématique. Il faut s'affirmer, on est différent. [...] Une femme médecin, j'ai vu des gens faire une marche arrière quand ils ouvraient la porte quand j'étais remplaçante. [...] peut-être qu'il a fallu que je me fasse aider à prendre de l'assise. Bon, je sais que je suis pas un grand mec baraqué. J'ai pas l'autorité naturelle d'un..."

Nous n'avons retrouvé aucun élément ou exemple de la très décriée relation médecin-patient paternaliste, historique et autoritaire, dans les propos des médecins interrogés (tableau V), par exemple concernant la pratique du « mensonge miséricordieux ». En revanche, nous avons trouvé des similitudes entre les romans (n = 3) et les interviews (n = 4) de médecins sur : la figure d'autorité du médecin ; le paternalisme bienveillant ; les difficultés des femmes médecins à asseoir leur autorité.

4.3.5 Relation centrée sur la maladie

Tableau VI : relation centrée sur la maladie		
Thèmes	Dans les romans de médecins	Dans les interviews de médecins
Des aspects scientifiques indispensables	A.J. Cronin, <i>La Citadelle</i> : - "Il serait temps que la science passe au premier plan" - "Jamais encore il ne s'était senti si attiré par l'idéal scientifique" - "Son principe : la rigueur scientifique" Marie Didier, <i>Contre-visite</i> : "Près de moi, les revues médicales à lire, les nouvelles thérapeutiques à travailler. Si je ne veille pas à rafraîchir les connaissances médicales, le regard ne regardera plus, le diagnostic"	M2 : "Quand on dit : primauté à la science, tout ça. C'était quand même une médecine du 19e, où on venait de loin, quand même : le Diafoirus. [...] moi, j'aurais été ce médecin-là, qui réclamait de la science !" M8 : "quand je fais le débrief le soir, avec les internes [...] on va dire : Madame machin, ah, c'est qui ? Mais si, tu sais bien, l'angine érythémato-pultacée, [...] on fait référence au cas" M9 : "On est quand même là en tant qu'experts"

L'image du médecin centré sur la maladie	<p><i>sera approximatif et le traitement rétréci à celui du symptôme. Devenue automate, je soignerai mal."</i></p> <p>Sommerset Maughan William, <i>Servitude humaine</i> (non traité) : <i>"Pas de sentiment avec les malades. Je n'attends d'eux aucune gratitude, je leur demande de me régler mes honoraires, et c'est tout"</i></p>	<p>M1 : <i>"un médecin sans empathie, [...] c'est pas un médecin, c'est un technicien de la santé"</i></p> <p>M10 : <i>"On en a un ici, un exemple typique, qui est dans la technique pure. Il a réussi son geste ; le reste, il s'en tape ; il veut même pas le revoir"</i></p>
--	--	--

Nous avons trouvé deux aspects différents concernant la relation centrée sur la maladie (tableau VI) dans les romans et les interviews de médecins. D'une part, elle semble faire partie de la réalité de l'exercice médical dans des romans (n = 2) et les interviews (n = 3) de médecins. D'un autre côté, l'image du médecin centré sur la maladie, décrit de manière neutre dans le roman *Servitude humaine* de Sommerset Maughan William (non traité), a une connotation péjorative pour deux participants interrogés.

4.3.6 Relation centrée sur le patient

4.3.6.1 Caractéristiques générales

Tableau VII : Relation centrée sur le patient : caractéristiques générales		
Thèmes	Dans les romans de médecins	Dans les interviews de médecins
Importance donnée à la psychologie	Winckler, <i>La Maladie de Sachs</i> : <i>"tu m'as reçu dans ton cabinet [...] tu avais installé un divan (ça collait très bien avec l'image mi-psy mi-confesseur que les gens avaient de toi [...])"</i>	M5 : <i>"70 % des consultations se font en fait dans le dialogue"</i>
Relation horizontale	Winckler, - <i>La Maladie de Sachs</i> : <i>"merci de ne pas m'avoir engueulé. [...] Vous... vous ne m'avez pas fait la morale"</i> - <i>Le Chœur des femmes</i> : <i>"une relation de soins, ce n'est pas un rapport de force"</i>	M5 : <i>"Je leur dis toujours : c'est vous, le patron. [...] vous êtes propriétaires de votre corps [...] c'est une relation d'égal à égal. On collabore"</i> M9 : <i>"on est aussi là pour les accompagner dans leur décision, qui ne serait pas forcément la nôtre"</i>
Respect inconditionnel du patient	Winckler, <i>Le Chœur des femmes</i> : <i>"Tous les patients ne sont pas aimables ; mais ils n'ont pas besoin d'être aimés pour aller moins mal. Ils ont juste besoin que tu les respectes"</i>	M8 : <i>"Il faut bien sûr à mon avis rester dans les règles de courtoisie et de politesse. Si tu [...] n'es plus poli, si tu n'es plus courtois, si tu vas sur la colère, ça ne marche pas"</i>
Écoute et empathie	Winckler, <i>La Maladie de Sachs</i> : - <i>"les gens t'apprécient beaucoup, ils disent que tu les écoutes bien"</i>	M1, M3, M4, M6, M7, M8, M10 : <i>"l'écoute" ; "l'empathie"</i>

Le médecin remède	<p>- "Pendant dix ans d'études, j'ai appris à palper, manipuler, inciser, suturer, bander, plâtrer [...] mais pendant toutes ces années, jamais [...] on ne m'a dit que je pouvais m'asseoir au chevet d'un mourant et lui tenir la main, et lui parler."</p> <p>Marie Didier, <i>Contre-visite</i> : "Monsieur et Madame Rouvette sont arrivés à 16 heures. Il est 17h30. Rideau."</p> <p>Georges Duhamel, <i>Vie des martyrs</i> (non traité) : "Pas une ride de votre visage ne m'échappe ; pas une de vos angoisses, pas un frémissement de votre chair lacérée. [...] Aucun de vos propos ne m'est indifférent"</p> <p>Winckler, <i>La Maladie de Sachs</i> : "quand on est partis, vous nous aviez gardé longtemps et [...] elle allait mieux. [...] Je ne l'avais jamais vue comme ça depuis le début de sa maladie, elle a repris courage"</p>	<p>M7 : "l'empathie engage, ou ouvre à l'engagement. Et au sens du devoir."</p> <p>M9 : "Le seul moment où je le trouve un peu mieux, c'est quand il vient de vous voir. Je lui dis : ah bon ? Elle me dit : bah oui, ça le rassure beaucoup de vous voir et de pouvoir discuter avec vous"</p>
-------------------	--	---

Nous avons retrouvé les éléments fondamentaux de l'approche centrée sur le patient (ACP) dans les livres de Martin Winckler, Marie Didier, Jaddo et Baptiste Beaulieu, auteurs les plus récents ; mais aussi dans un passage du livre de Georges Duhamel publié en 1917, *Vie des martyrs* (non traité) (tableaux VII et VIII). En revanche, nous n'avons trouvé aucun personnage littéraire de médecin revendiquant explicitement ce terme et cette qualité à son compte, même si des éléments dans le texte suggèrent qu'il fait pourtant preuve d'empathie envers ses patients fictionnels. 7 médecins interrogés sur 10 ont évoqué l'importance du concept d'empathie à leurs yeux. Un des médecins interrogé nous a donné son sentiment sur le fait que l'ACP est de nos jours le type de relation privilégié : « *sur la relation, typiquement, aujourd'hui on nous pousse ; ou en tout cas tout est fait pour qu'on soit dans le troisième type de relation. C'est-à-dire que... dans l'empathie, on n'est pas chacal, on est girafe, on discute, et on fait ce que veut le patient* » (M10).

4.3.6.2 Notion de juste distance

Tableau VIII : Relation centrée sur le patient : notion de juste distance		
Thèmes	Dans les romans de médecins	Dans les interviews de médecins
Nécessité d'une juste distance	Winckler, <i>La Maladie de Sachs</i> : "j'ai éprouvé [...] un sentiment de	M3 : "c'est peut-être important de garder une distance"

	<p><i>haine d'une puissance incontrôlable [...] en voyant cette femme parler ainsi à son fils, j'ai eu envie de lui sauter dessus, de la gifler, de la jeter par terre, de lui cogner la tête contre le carrelage et de l'étrangler jusqu'à ce que mort s'en suive"</i></p> <p>Marie Didier, <i>Contre-visite</i> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - "Je suis morte à l'indifférence" - "Le mouvement qui me porte à la rencontre de mes patients est voisin de l'amour. Je m'offre à l'invasion, devenant celui ou celle qui est là et qui se livre" - "Cette jeune femme [...] regarde en face d'elle l'autre femme, son médecin, qu'elle a toujours vu se-reine, rayonnante. Elle la voit entrer dans le déséquilibre de sa faiblesse" 	<p>M5 : " Il faut qu'il y ait une certaine dose d'émotion, sans un trop plein d'émotions. C'est une juste distanciation entre l'émotion humaine, et les moyens techniques de réflexion qui nous permettent de décider justement"</p> <p>M7 : "Il y a toujours une distance minimale à garder, pour rester objectif."</p> <p>M8 : "Moi, je pense qu'il faut toujours garder une distance.[...] Je ne tutoie pas mes patients.[...] physiquement aussi. [Ne pas] leur faire la bise"</p> <p>M9 : "c'est pas nos amis. [...] C'est pas nos potes, on leur tape pas dans le dos"</p>
<p>Implication affective et émotionnelle du médecin</p>	<p>Baptiste Beaulieu, <i>Alors voilà les 1001 vies des urgences</i> : "Notre métier est avant tout une succession d'échanges enrichissants. Nous rencontrons des gens. Des corps malades, bien sûr. Mais des personnes."</p> <p>Jaddo, <i>Juste après dresseuse d'ours</i> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - "Je suis [...] sincèrement intéressée par la vie de mes patients" - "Les malades [...] ont peur et j'ai peur avec eux, ils ont mal et j'ai mal avec eux." 	<p>M7 : "Mais il y a quand même un attachement qui existe."</p> <p>M9 : "maintenant, je m'autorise à pleurer avec des patients.[...] quand il y a un patient que j'ai suivi, pour qui j'ai de la sympathie [...], ça m'arrive de pleurer, ou d'être touchée. [...] On est obligé de s'engager dans la relation, si on veut être thérapeutique, et on ne peut pas s'engager sans s'exposer."</p>
<p>Relation plus forte en médecine générale</p>	<p>Jaddo, <i>Juste après dresseuse d'ours</i> : "j'ai décidé d'être médecin. Ensuite, bien plus tard, après quelques déconvenues hospitalières, j'ai eu la chance de rencontrer deux médecins généralistes, qui faisaient de la vraie médecine et qui brillaient d'une vraie flamme.[...] J'ai décidé d'être généraliste"</p>	<p>M4 : "Mais je crois qu'on a une dimension humaine qu'ils [les spécialistes] n'ont pas obligatoirement."</p> <p>M8 : "c'est des gens qui vont dire : je veux pas voir l'interne, je veux pas voir le remplaçant, je veux voir le docteur M8. C'est la relation aussi du médecin généraliste. C'est-à-dire, ils [...] vont voir le médecin généraliste parce qu'ils [...] veulent cette relation de proximité, qu'ils pensent qu'il n'y aura pas avec quelqu'un d'autre"</p>
<p>Difficultés du médecin pour soigner sa famille et ses amis</p>	<p>NA</p>	<p>M2 : "Alors, j'accepte pas de soigner des amis"</p> <p>M8 : "moi j'ai des difficultés à soigner ma famille, parce qu'il y a trop de sentiments, trop de vécu"</p>

<p>Liens d'amitié qui se créent entre le médecin et ses patients</p>	<p>Céline, <i>Voyage au bout de la nuit</i> : "ce matin-là, j'ai rencontré Bébert [...]. Tant qu'il faut aimer quelque chose, on risque moins avec les enfants qu'avec les hommes [...] sur sa face livide dansotait cet infini petit sourire d'affection pure que je n'ai jamais pu oublier"</p>	<p>M4 : "Il y a parfois de l'amitié avec certains patients." M9 : "ça n'empêche pas d'avoir des liens amicaux"</p>
<p>Risques ou effets néfastes d'une trop grande proximité patient-médecin</p> <p>Compromission de l'efficacité soignante du médecin</p> <p>Perte de l'intégrité morale et éthique du médecin</p> <p>Risque pour le médecin de souffrir</p>	<p>NA</p> <p>NA</p> <p>Céline, <i>Voyage au bout de la nuit</i> : "j'allais reprendre la nuit, pas fier, parce que comme ma mère, je n'arrivais jamais à me sentir entièrement innocent des malheurs qui arrivaient. [...] Je cherchais quand même si j'y étais pour rien dans tout ça. [...] J'ai fini par m'endormir sur la question, dans ma nuit à moi, ce cercueil, tellement j'étais fatigué de marcher et de ne trouver rien."</p>	<p>M5 : "Le trop-plein d'émotions fait qu'on perd ses moyens." M3 : "Après, c'est plus difficile de dire non" M8 : "Moi, quand une petite mamie meurt, et bah franchement, psychologiquement, je suis presque de sa famille, des fois. Tu vois ? Du coup, tu morflés" M9 : "dans certaines spécialités qui font partie de ta formation, on t'apprend qu'il faut pas trop parler avec les patients. Ou alors, si tu parles avec eux, il faut t'en protéger. Parce que sinon, tu vas être atteint par ce qui leur arrive"</p>
<p>Exposition voire perte de sa vie privée</p>	<p>NA</p>	<p>M5 : "Le risque [...] c'est de perdre son jardin secret, sa vie privée."</p>

La notion de « *bonne distance* », ou « *juste distance* », désigne la proximité physique et émotionnelle adéquate du médecin envers le patient. Nous avons trouvé des différences sur cette notion de « *juste distance* » entre deux romans de médecins, et cinq médecins dans la vraie vie que nous avons interviewés (tableau VIII). Dans *Contre-visite* de Marie Didier, les relations entre le personnage de médecin, une gynécologue comme son auteure, et ses patient(e)s, semblent confiner à l'amour inconditionnel. Au point que l'héroïne du livre accepte de montrer ses défauts et ses vulnérabilités personnels à une patiente à la jalousie malade pour la soigner. De même, l'engagement moral du médecin fictif Bruno Sachs dans *La Maladie de Sachs* de Winckler le pousse à prendre violemment partie, intérieurement, pour un enfant délaissé et négligé par sa mère. Il exprime même au lecteur des idées de meurtre dirigées contre cette mère. Cette absence de juste distance dans ces deux ouvrages de fiction médico-littéraire n'a pas été retrouvée dans ce qu'ont exprimé 5 médecins interrogés (M3, M5, M7, M8, M9) à leur propos. Pour ces derniers, la notion de juste distance est au contraire fondamentale dans leur travail de médecins au quotidien.

4.3.6.3 L'asymétrie de la relation médecin-patient

Tableau IX : L'asymétrie de la relation médecin-patient		
Thèmes	Dans les romans de médecins	Dans les interviews de médecins
Pas une si mauvaise chose en soi, et même une nécessité	<p>Marie Didier, <i>Contre-visite</i> : <i>"«Ecoutez, Docteur, si vous êtes malheureuse comme ce matin, je ne pourrai plus revenir.» [...] « Je vais vous dire, c'est simple : je viens vous voir parce que j'ai confiance, oui, mais aussi parce que vous êtes une lumière pour moi. Vous êtes heureuse de la vie. Chaque fois que je vous quitte, le courage m'est revenu. Quand j'ai le cafard je sais que vous existez. Alors si ce n'est plus comme ça, je ne supporterais pas de revenir.»"</i></p> <p>William Carlos Williams, <i>Filles de fermiers, Le vieux toubib</i> : <i>"La fin, je la tiens d'un de mes jeunes malades, caissier à la banque. Son père avait toujours été suivi par Rivers. Aussi, quand il fit une chute et se cassa le bras, fit-on appel au vieux toubib, qui vint et se dopa sous les yeux du patient – ouvertement, tant il avait sombré dans une parfaite indifférence. C'en était trop. Il fallait voir le regard qu'il avait. Il est maboul, dit le malade. Emmenez-le. Qu'il ne me tripote pas surtout. Faites venir un autre médecin"</i></p>	<p>M2 : <i>"les gens n'ont pas besoin qu'on souffre avec eux.[...] Moi j'ai un copain qui [...] vient voir un médecin. Le médecin, visiblement, il avait un problème, conjugal, ou privé... et le gars il lui a dit : Ecoutez, je vous paye votre consultation, je reviendrai quand vous serez disponible pour moi.[...] La claque, quand même !"</i></p> <p>M5 : <i>"que ce soit physique ou psychique, on peut avoir des faiblesses, c'est très dur d'en parler parce que ce serait anéantir ce côté sauveur. Il y a un côté sauveur dans le médecin. Et les gens en ont besoin pour guérir"</i></p> <p>M7 : <i>"Il y a aussi l'image. On a deux images. Il y a l'image que le patient voit dans son imaginaire du médecin comment il est, il voit pas le médecin habillé en hayons, et venir avec... non non, ça, ça existe pas. [...] Je crois que le patient attend quand même de son médecin qu'il soit capable et solide, pour lui apporter des solutions, des réponses, ou du moins l'aider dans sa démarche"</i></p> <p>M8 : <i>"les gens [...] ils doivent continuer à avoir confiance en toi, en tant que référence."</i></p> <p>M9 : <i>"Tu es pas rassurant si tu pleures"</i></p>

Concernant l'asymétrie entre le médecin et son patient, les propos de médecins interviewés (n = 5) semblent confirmer des exemples que nous avons retenus au cours de nos lectures (n = 2) (tableau IX). D'après les médecins interrogés, l'image du médecin sauveur, fort, invulnérable et invincible, en bonne santé physique et psychique, dont la présentation vestimentaire est impeccable, serait thérapeutique en elle-même. Toujours d'après eux, le médecin montrerait l'exemple, et cette image conditionnerait l'efficacité de la relation médecin-patient. Le risque, pour le médecin, serait de se décrédibiliser s'il se confie trop ; se montre faible, fragile et vulnérable, comme le font ses patients.

4.3.6.4 Portée et limites de l'approche centrée sur le patient

Tableau X : Portée et limites de l'approche centrée sur le patient		
Thèmes	Dans les romans de médecins	Dans les interviews de médecins
Les origines et la nature de l'empathie du médecin	Winckler, <i>La Maladie de Sachs</i> : "Pendant dix ans d'études, j'ai appris à palper, manipuler, inciser, suturer, bander, plâtrer, ôter des corps étrangers à la pince, mettre le doigt ou enfiler des tuyaux dans tous les orifices possibles, piquer, perfuser [...] mais pendant toutes ces années, jamais on ne m'a appris à soulager la douleur, ou à éviter qu'elle n'apparaisse. Jamais on ne m'a dit que je pouvais m'asseoir au chevet d'un mourant et lui tenir la main, et lui parler."	M2 : "À propos de l'expérience de Winckler, qui dit qu'on ne lui apprend pas l'humanité, mais on naît, N-A-I-T, et on est, E-S-T, humain. Donc, il suffit d'être"
Savoir du médecin sur l'expérience de la maladie vécue par le patient	Jaddo, <i>Juste après dresseuse d'ours</i> : "Les malades [...] ont peur et j'ai peur avec eux, ils ont mal et j'ai mal avec eux."	M6 : "Je suis pas tout à fait d'accord quand on dit : je suis à la place du patient, s'il a mal, j'ai mal, c'est pas tout à fait vrai. [...] si on est amené à faire une amputation de jambe, certes, j'ai de la peine, je peux avoir les larmes aux yeux, [être] dans l'émotion avec le patient ou la famille. Mais je peux pas dire que c'est à moi qu'on coupe une jambe. [...] Donc il y a quand même une forme d'indifférence, quelle que soit la situation."
Médecin ayant trop d'empathie	Marie Didier, <i>Contre-visite</i> : "«Ecoutez, Docteur, si vous êtes malheureuse comme ce matin, je ne pourrai plus revenir. »" Winckler, <i>La Maladie de Sachs</i> : "Pour faire ce boulot jusqu'au bout, il faut être cinglé. Il n'y a que des cinglés pour vouloir sauver la vie des gens, sans se rendre compte que c'est impossible."	M10 : "il y a les médecins qui sont tellement dans l'empathie qu'on est plus dans la souffrance [...] plus malade que le patient [...] j'ai connu une néphrologue qui chaque fois que le patient avait un truc, elle souffrait plus que lui" M10 : "Quand tu fais un geste technique, il faut pas trop discuter sur l'empathie ; il faut faire ton geste. Sinon après, quand tu rentres dans les sentiments des gens [...] tu fais n'importe quoi. Tu fais pas ton geste correctement"
Universalité de l'approche centrée sur le patient	NA	M10 : "il y a des tas de gens, et [...] tout le monde n'est pas prêt pour la même relation ; à la relation de niveau trois [note de l'enquêteur : l'approche centrée sur le patient], et [...] il y a des gens qui attendent une relation plutôt descendante, et non pas transversale"

Nous avons trouvé des conceptions communes et différentes dans les romans (n = 3) et les interviews (n = 3) de médecins sur la portée et les limites de l'approche centrée sur le patient (ACP) (tableau X).

Différences : 1/ Dans *La Maladie de Sachs*, Bruno Sachs semble regretter qu'on ne lui ait pas appris à être empathique avec les patients pendant ses études. Dans cet exemple, l'empathie serait quelque chose d'acquis. M2 a opposé à Sachs sa propre vision de l'empathie comme quelque chose d'au contraire foncièrement innée et immanente au médecin. 2/ Dans *Juste après dresseuse d'ours*, la narratrice-médecin semble partager totalement, et épouser la souffrance de ses patients. Deux médecins interviewés, en particulier M6, ont exprimé leur désaccord avec cette vision. D'après eux, l'empathie du médecin serait limitée par son non-savoir absolu sur l'expérience de la maladie vécue par le patient.

Point commun : dans *La Maladie de Sachs* et dans *Contre-visite*, les médecins de fiction décrits semblent avoir tellement d'empathie envers leurs patients qu'ils en viennent à en souffrir personnellement. M10 a confirmé ce point de vue selon lequel poussée à l'extrême, l'ACP rendrait le soignant perméable à la souffrance du patient, ce qui le fragiliserait, et risquerait de diminuer son efficacité et la sécurité de ses soins.

Toujours d'après M10, l'ACP pourrait ne pas être adaptée à tous les patients ; ou du moins, à tous les stades de leurs maladies. Les patients pouvant alors rechercher une relation plutôt de type paternaliste, ou centrée sur la maladie.

4.4 Souffrances ordinaires des patients

4.4.1 A la question de savoir ce que c'est

Nous n'avons pas retrouvé cette expression de « *souffrance ordinaire* » dans aucun des 9 livres étudiés. Au cours de nos entretiens, nous avons eu différentes réponses possibles à la question : « *qu'est-ce que vous évoque la souffrance ordinaire des patients ?* ». Il y a eu cinq participants pour lesquels cette expression n'a initialement rien évoqué : M1, M2, M3, M6, M8. Cette expression a évoqué au contraire quelque chose pour les 5 autres participants : M4 : « *Oui et non* » ; M5 ; M7 ; M9 ; M10 : « *oui, ça me parle bien. Ça me parle très bien* ».

4.4.2 Caractéristiques de la souffrance ordinaire

D'après les entretiens réalisés, il n'y aurait pas de définition univoque de la souffrance ordinaire. En réalité, il s'agirait d'une expression particulièrement ambiguë et ambivalente, recouvrant

une infinité de situations possibles, comme le dit M5 : « *Il y a une ambivalence dans ce terme* ». Pour M7, il s'agit « *d'un mal-être de tous les jours* ». M2 voit dans cette expression des « *expérience[s] de vie douloureuse[s] à traverser* », comme les séparations et les deuils, notamment. Pour M3, la souffrance ordinaire n'apparaît pas comme quelque chose de « *médical* » au premier abord. La souffrance ordinaire apparaît comme quelque chose d'insidieux, avec une part occulte et mystérieuse qui la rend difficile à cerner : « *on prend un patient en charge de façon assez brute. Justement, ils viennent avec leur souffrance ordinaire, complètement non démasquée* » (M1).

De plus, la souffrance ordinaire apparaît pour plusieurs médecins interrogés comme quelque chose d'extrêmement fréquent/prévalent (M3, M5) : « *tous les gens ont des souffrances ordinaires* » (M5). Chaque situation est cependant « *unique* » et singulière (M5).

Ce qui rend les choses plus difficiles, c'est que la souffrance ordinaire peut présenter un caractère multidimensionnel et cumulatif : « *Celui qui a mal au dos a aussi une femme qui est en train de le quitter, et puis elle-même a des problèmes de santé, et puis il a un fils qui a du mal à gagner sa vie, une fille qui a fait une tentative de suicide.[...] C'est pas une souffrance, c'est une multitude de souffrances pour un même individu.* » (M5)

Il peut être particulièrement difficile de la détecter et de la repérer chez certains patients, chez qui elle est tue et intériorisée, parce que banalisée/négligée/minorée, ou trop difficile à dévoiler (M3, M7, M9) : « *c'est le truc dit de manière complètement anecdotique, presque pour que tu t'arrêtes pas dessus. Ça se trouve, elle était venue pour ça, mais elle m'en avait pas parlé clairement.[...] Tu te rends compte que dans nos consults il y a des filtres* » (M3) ; « *c'est une souffrance qui peut passer [...] inaperçue.* » (M7) ; « *Quand tout pourrait sembler aller bien. Et que finalement, tout ne va pas bien.* » (M9).

Cette souffrance est particulièrement variable entre individus (M2, M4, M5, M7). Pour une même cause de souffrance, son retentissement est différent d'un patient à l'autre, montrant en quoi le terme « *ordinaire* » peut être inapproprié et ambigu. Elle a toujours en effet la potentialité d'être extraordinaire, comme le disent M2 et M5 : « *la souffrance ordinaire, elle est ordinaire pour l'un, elle est extraordinaire pour l'autre* » (M2) ; « *La souffrance ? Il y a une dimension psychologique, le vécu peut être totalement différent. Il y a des gens qui peuvent la vivre en relativisant, alors que d'autres peuvent se faire une montagne de rien du tout* » (M7). Il peut donc être particulièrement difficile pour le médecin d'évaluer le retentissement de cette souffrance ; de juger de son caractère pathologique ou non chez un individu donné (M4, M7) : « *C'est un peu la difficulté de notre métier. D'arriver à juger cette souffrance* » (M4).

4.4.2.1 Souffrances ordinaires intrinsèques à l'individu

Tableau XI : souffrances ordinaires intrinsèques à l'individu		
Thèmes	Dans les romans de médecins	Dans les interviews de médecins
Deuil	Winckler, <i>La Maladie de Sachs</i> - une patiente qui vient pour une IVG : " <i>Je me souviens que ce jour-là j'avais le cœur glacé, douloureux comme quand on met les doigts nus dans la neige, je me sentais en même temps détachée et déchirée</i> " - deux sœurs se rappellent avoir trouvé leur grand-père mort : " <i>ça m'en a fichu un coup ! [...] ben moi aussi, ça m'en a fichu un coup</i> "	M2 : " <i>deuil</i> "
Solitude	Marie Didier, <i>Contre-visite</i> : - " <i>le temps est si long docteur, si long</i> " - " <i>Je suis foutue, docteur, au bout du rouleau. Plus aucun plaisir à vivre, plus aucun désir. Plus d'espoir, personne n'a besoin de moi</i> "	M5 : " <i>On affronte la solitude de gens âgés, de gens plus jeunes qui sont face à leur mort.</i> "
Séparation, insatisfaction amoureuse	Marie Didier, <i>Contre-visite</i> : " <i>il me monte dessus, vite fait, expédié, rapide comme un lapin. Les caresses connait pas</i> " Winckler, <i>La Maladie de Sachs</i> (l'amante d'un homme marié): " <i>Aujourd'hui, je ne vais pas le voir [...] ils sont allés préserver les apparences [...]. Quand il fait ça, je le déteste, je voudrais le tuer</i> " Jaddo, <i>Juste après dresseuse d'ours</i> : " <i>une femme en pleurs que son mari a abandonnée du jour au lendemain</i> "	M1 : " <i>chagrin d'amour, là j'ai vu un monsieur il y a quelques semaines qui effectivement avait un chagrin d'amour depuis plusieurs années et s'en sortait pas, au point d'aller consulter aux urgences</i> " M2 : " <i>j'avale de la mort au rat [...] Ma femme m'a quitté. Et l'autre, il dit : Wouah, moi aussi j'ai divorcé, ça m'a pas mis dans cet état-là !</i> "
Inquiétude envers ses enfants ou un proche	Winckler, <i>La Maladie de Sachs</i> : " <i>elle mange pas depuis deux semaines, j'ai beau me fâcher lui donner des fessées rien n'y fait, elle n'avale que des pâtes ou du pain et du beurre et rien d'autre, le steak ça passe pas</i> " Jaddo, <i>Juste après dresseuse d'ours</i> : " <i>J'ai en face de moi une mère qui se meurt d'inquiétude parce que son fils de 17 ans se couche à deux heures et passe trop de temps derrière son PC</i> " Céline, <i>Voyage au bout de la nuit</i> (Bardamu décrit la détresse de la tante à Bébert) : " <i>elle allait pleurnicher, déconcertée [...] il lui revenait son chagrin dans la gorge et des larmes avec</i> "	M9 : " <i>Ça me fait penser à une situation que j'ai vécue cette semaine, en consultation, où je suis un patient à peu près tous les trois mois [...] qui a une DMLA. Et il a eu une situation d'annonce par une ophtalmo qui a été très violente, qui lui a dit qu'il allait devenir aveugle, [...] il n'y avait pas d'alternative possible. Alors, ce qui peut arriver, hein, mais... ça été annoncé de façon très brutale, sans proposition, en fait, derrière. Finalement, on a changé d'ophtalmo. Il est suivi maintenant au CHU. En fait, ça a provoqué en lui une anxiété un peu généralisée. Donc ça fait deux à trois ans que ça a eu lieu, ça. Et donc je vois sa femme [...] elle me dit : il s'inquiète pour tout, enfin. C'est affreux</i> "
Douleurs chroniques	Winckler, <i>La Maladie de Sachs</i> : - " <i>Et j'ai mal, Euhlamondieu c'est-y possible de souffrir comme ça, j'ai mal j'ai mal</i> " - " <i>il avait un cancer du sein [...] il pensait sa plaie tout seul [...] les douleurs qu'elle provoquait ne lui laissaient aucun répit</i> "	M4 : " <i>Celui qui a son mal de dos, et qui s'y habitue.</i> " M8 : " <i>les personnes âgées, qui ont des douleurs arthrosiques [...] qui vont avec la vieillesse. On peut pas leur répondre tout le temps par un médicament, par une chose immédiate pour les soulager. Donc ça passe par l'écoute, finalement. On les laisse dire ce qu'ils ont, où ils ont mal. Et on leur dit :</i> "

<p>Conflit intrafamiliaux, violences</p> <p>Âges de la vie ; transformation du corps</p>	<p>Marie Didier, <i>Contre-visite</i> : "et la mitraillette repart. Elle a tourné son fauteuil délibérément vers moi, me laissant en retrait, ce qui lui permettra des haussements d'épaules, des levées d'yeux à moi seule soi-disant destinés"</p> <p>Baptiste Beaulieu, <i>Alors voilà les 1001 vies des urgences</i> : "dans quelques mois, quand les injections et le reste auront achevé la transformation de son corps, Marie se sentira femme, elle oubliera les injures, les brimades et les moqueries. Les crachats aussi"</p> <p>Marie Didier, <i>Contre-visite</i> : "ma peau devient sèche, je me suis ridée, je suis devenue flasque : c'est la ménopause ?"</p> <p>Winckler, <i>La Maladie de Sachs</i> : "les adolescents qui pètent les plombs"</p>	<p>voyez, on peut vous donner ça, ça et ça, mais finalement, il n'y a pas grand-chose à faire"</p> <p>M3 : "la souffrance dans les relations de famille"</p> <p>M5 : "il y a plein de femmes battues"</p> <p>M3 : "une patiente, [...] elle te balance : oh, c'est chiant ça, quand tu as qu'envie de pleurer le matin avant d'aller au travail, c'est la ménopause ? Et là, tu passes. Vous croyez que la toux, ça peut venir de la ménopause ?"</p> <p>M7 : "Il est vrai que chez les jeunes adolescents, la souffrance ordinaire peut très bien vite prendre une autre allure."</p>
--	--	--

Nous distinguons un premier grand groupe de souffrances ordinaires chez les patients, celles qui ne sont pas liées à la société mais à l'individu lui-même et son entourage proche (tableau XI). On remarque que les auteurs évoquant des cas de souffrance ordinaire chez les patients sont majoritairement les écrivains les plus contemporains : Martin Winckler, Marie Didier, Jaddo, Baptiste Beaulieu. Les différents thèmes de souffrance ordinaire abordés par les écrivains se retrouvent chez les médecins en exercice. Huit d'entre eux nous ont ainsi décrit différents exemples de souffrances ordinaires affectant ou ayant affecté leurs patients.

4.4.2.2 Souffrances ordinaires extrinsèques ; psychosociales, liées à la société

Tableau XII : souffrances ordinaires extrinsèques ; psychosociales, liées à la société		
Thèmes	Dans les romans de médecins	Dans les interviews de médecins
Pauvreté	<p>Reverzy, <i>Le Passage</i> : "j'étais devenu le médecin d'un quartier malheureux [...] un horizon de hautes maisons misérables. Des infiniment pauvres [...]. Le soir, [...] j'escaladais les exténuants escaliers de la misère"</p> <p>Céline, <i>Voyage au bout de la nuit</i> : "les gens étaient si pauvres et si méfiants dans mon quartier qu'il fallait qu'il fasse nuit pour qu'ils se décident à me faire venir, moi, le médecin pas cher pourtant"</p> <p>AJ Cronin, <i>La Citadelle</i> : "avait-il commis une erreur en reprenant cette clientèle misé-</p>	<p>M7 : "La pauvreté fait-elle partie de la souffrance ordinaire ? J'en sais rien. La misère oui, mais la pauvreté, pas sûr. Il y a des gens qui vivent très bien, même en étant pauvres, qui arrivent à se débrouiller. En campagne, du moins"</p>

	<i>vable [...] ? [...] La plupart des coups de téléphone [...] appelaient Andrew dans les pensions de famille du voisinage. Il était difficile d'obtenir des honoraires de ces clients-là"</i>	
Stress sociétal	NA	M5 : "les attentats. Le chômage à l'échelle nationale, les guerres, les informations. On vit dans une culture du stress."
Souffrance au travail	Baptiste Beaulieu, <i>Alors voilà les 1001 vies des urgences : "Un mariage étrange entre eczéma et psoriasis. Elle en a partout sur le corps. – C'est sorti la semaine dernière. Mon patron a encore râlé, et le lendemain, BOUM ! [...] Les crèmes, les lotions, rien n'y fait. [...] – Il a hurlé parce que le courrier n'était pas rangé par ordre alphabétique. Que dois-je faire, docteur ?"</i>	M7 : "La souffrance au travail, quand on la voit arriver, bon, il y a quelquefois des patients qui disent : j'en ai ras-le-bol du patron. Ça c'est de l'ordre de l'ordinaire. Mais quand il y a une véritable mise au placard, ou une véritable souffrance qui se fait au travail, elle peut conduire à des conséquences beaucoup plus importantes" M8 : "il y a aussi la souffrance au travail. Ça, on en a beaucoup. [...] Les burnout, qui sont quand même assez présents."

Nous distinguons un deuxième grand groupe de souffrances ordinaires, d'ordre socioprofessionnelles (tableau XII). Nous avons retrouvé le sous-thème de la pauvreté chez 3 médecins écrivains, les plus anciens, mais aucun des médecins interviewés n'a rapporté celui-ci comme un motif primaire de souffrance ordinaire. Nous avons retrouvé le thème de la souffrance au travail chez Baptiste Beaulieu et 2 médecins interviewés. Plus largement, les souffrances ordinaires des patients s'inscriraient aujourd'hui dans le contexte global d'une société à la fois source et victime du stress, élément qui n'a pas été retrouvé dans les écrits littéraires étudiés.

4.4.3 Rôle de psychologue du médecin

Face à cette souffrance ordinaire, polymorphe et universelle, le médecin peut se sentir facilement désarmé et impuissant à trouver une réponse. Mais en fait, souvent, il ne s'agit pas tellement d'une réponse dont le patient est à la recherche, mais avant tout d'un confident à qui il peut parler librement et qui puisse l'écouter.

Cette écoute est en elle-même puissamment thérapeutique.

4.4.3.1 Le médecin se sent-il psychologue ?

Tableau XIII : Faculté du médecin de s'investir comme un psychologue non dit et officieux		
Thèmes	Dans les romans de médecins	Dans les interviews de médecins
Oui, le médecin est un psychologue non dit et officieux de son patient	Marie Didier, <i>Contre-Visite</i> : "Quand elle me quittera, après une heure de face-à-face, elle dira : « je veux revenir, je suis bien avec vous... [...] » Je suis dégoûtée de	M1 : "C'est le rôle d'un médecin. Urgentiste, cardiologue, réanimateur, orthopédiste." M2 : "quand les gens viennent demander un médicament pour un

<p>Non, le médecin n'est pas un psychologue officieux de son patient</p>	<p><i>ce réconfort qu'elle a apparemment pêché ici. Je n'y suis pour rien."</i></p> <p>Winckler, <i>La Maladie de Sachs</i> : <i>"quand on est partis, vous nous aviez gardé longtemps et [...] elle allait mieux. [...] Je ne l'avais jamais vue comme ça depuis le début de sa maladie, elle a repris courage"</i></p> <p>Jaddo, <i>Juste après dresseuse d'ours</i> : <i>"je suis plutôt bienveillante, et plutôt sincèrement intéressée par la vie de mes patients"</i></p> <p>Sommerset Maugham William, <i>Servitude humaine</i> (non traité) : <i>"Pas de sentiment avec les malades. Je n'attends d'eux aucune gratitude, je leur demande de me régler mes honoraires, et c'est tout"</i></p>	<p><i>deuil, je dis : moi, je ne sais pas soigner le chagrin. [...] Il n'y a pas de médicaments. Il y a... à traverser ça. Il y a aider l'autre à traverser."</i></p> <p>M3 : <i>"je pense que oui, on a un rôle. Après, je suis pas, je me prétends pas psychologue, ni psychiatre"</i></p> <p>M4 : <i>"J'ai un de mes confrères qui, un jour je lui racontais une histoire d'un problème psychologique d'une dame. Et il m'a répondu : mais, c'est pas du tout ton problème, ça. Pourquoi tu t'impliques comme ça ? [...] ce médecin-là était complètement fermé à ce genre d'attitude."</i></p> <p>M5 : <i>"l'aspect psychologique est indéniable. Le médecin est un psychologue officieux.[...] Les gens [...] ils parlent en premier lieu à leur médecin. [...] c'est comme un confessionnal."</i></p> <p>M6 : <i>"moi j'essaye d'avoir une approche psychologique des situations."</i></p> <p>M7 : <i>"Ah, bah complètement [...]. On est à l'écoute de l'autre, c'est déjà le premier pas de la psychologie »"</i></p> <p>M8 : <i>"Oui et non. Oui, parce que forcément, je suis très dans le dialogue, essayer de faire exprimer aux gens ce qu'ils ont. Mais je suis pas psychologue."</i></p> <p>M9 : <i>"Moi, il y a certains patients que je vois que pour des entretiens"</i></p> <p>M10 : <i>"Le médecin est un déversoir de tout ce qui n'a pas été dit au curé. Aujourd'hui il n'y a plus de curé"</i></p> <p>M2 : <i>"pour moi, la psychologie, ça n'existe pas. [...] je pense que la psychanalyse c'est une hypothèse qui n'a jamais été vérifiée, et c'est une expérience d'un homme, qui a eu ses traumas"</i></p>
--	---	---

100 % des médecins interrogés se sont plus ou moins reconnus un rôle à la marge de psychologue non dit et officieux de leurs patients (tableau XIII). Une même médecin (M2) s'est à la fois reconnue et non reconnue dans ce rôle, en niant la validité et les apports de la psychanalyse, qu'elle a confondue avec la psychologie. M8 et M9 ont avoué voir ou suivre en consultation des patients uniquement pour les soutenir psychologiquement. Quatre médecins interrogés (M3, M4, M8, M10) ont tenu à pondérer leur implication en tant que psychologues, en soulignant

qu'ils n'étaient pas formés à la psychologie ou la psychiatrie. Nous n'avons pas retrouvé ce rôle chez les auteurs du début du XX^e siècle.

Les ressources du médecin, et en particulier le médecin généraliste, pour faire face à ces souffrances ordinaires, sont les suivantes : son écoute (M7), son expérience et son vécu personnels (M3, M5, M6, M8), sa préparation/formation psychologique (M9), sa neutralité et le secret médical (M5, M10), sa vision diachronique de ses patients (M7, M8).

Ce que peut faire le généraliste face à cette souffrance ordinaire : accompagner et soutenir psychologiquement ses patients (M2, M6), accorder des consultations longues (M7), respecter cette souffrance ordinaire (M4), aider son patient à ne pas la banaliser (M9), ou au contraire à la relativiser (M4, M6).

4.4.3.2 La difficulté du rôle de psychologue chez les médecins

Tableau XIV : difficulté du rôle de psychologue chez les médecins		
Thèmes	Dans les romans de médecins	Dans les interviews de médecins
Valeur des conseils		M3 : <i>"je suis peut-être pas mieux que la boulangère, c'est vrai ! Mais je les écoute, et j'essaye de faire avec le peu que j'ai vécu"</i>
Conseils sur l'éducation des enfants quand le médecin n'en a pas	Jaddo, <i>Juste après dresseuse d'ours</i> : <i>"Qu'est-ce que j'ai à dire, moi, sur l'éducation des enfants, ou sur le chagrin d'amour, qui vaille davantage que ce que pourrait en dire le boucher ou la coiffeuse ?"</i>	M5 : <i>"Il y a des patients qui me demandent des conseils pour l'éducation de leurs enfants. Alors, j'ai pas d'enfant, et j'ai l'impression d'être dans l'imposture. Et je fais de mon mieux pour les conseiller, en leur expliquant ce que j'ai appris avec ma maigre expérience."</i> M8 : <i>"quand j'étais jeune médecin, maintenant, ça va, les enfants sont un peu plus grands... les gens me demandaient des conseils d'éducation. Mon fils ne fait pas ça, ne veut pas dormir, tout ça : qu'est-ce que vous en pensez, Docteur ?"</i>

Concernant ce rôle de psychologue du médecin, non-dit, non officiel, mais authentique et vérifiable dans les faits, Jaddo nous dit la difficulté de ce rôle (tableau XIV). Elle tente tout de même de s'improviser psychologue, avec les éléments de sa personnalité, son vécu et son expérience : « *Alors, je fais avec ce que j'ai. Ce que j'ai en moi, ce que j'ai de moi, ce que j'ai de ce que ma mère m'avait dit, à moi, quand j'ai eu des chagrins d'amour. [...] Je teste, je tente, j'improvise* ». Trois médecins femmes interviewées pourraient se reconnaître dans ses propos (M3, M5, M8).

Répondre à la souffrance ordinaire de ses patients suppose cependant « d'avoir [du] temps » (M7) à leur consacrer, ce qui peut être difficile en situation de pénurie de médecins.

4.4.3.3 Les médecins s'estiment-ils suffisamment formés à la psychologie ?

Tableau XV : sentiment perçu des médecins interviewés d'avoir été formés à la psychologie pendant leurs études

Sentiment perçu d'avoir été formé	Pas formé	Peu formé	Formé	Pas d'avis sur question
Nombre (pourcentage)	2 (20)	6 (60)	1 (10)	1 (10)

Nous avons constaté que 8 médecins interrogés se sont estimés peu ou non formés à la psychologie, soit la majorité d'entre eux (tableau XV).

Tableau XVI : la formation psychologique des médecins pendant leurs études

Thèmes	Dans les romans de médecins	Dans les interviews de médecins
Absente	Winckler, <i>La Maladie de Sachs</i> : "Pendant dix ans d'études, j'ai appris à palper, manipuler, inciser, suturer, bander, plâtrer [...] mais pendant toutes ces années, jamais [...] on ne m'a dit que je pouvais m'asseoir au chevet d'un mourant et lui tenir la main, et lui parler." Jaddo, <i>Juste après dresseuse d'ours</i> : "Je me suis rendue compte progressivement que la formation qu'on m'avait donnée autour de la case « psychothérapie de soutien » était nulle [...] inexistante"	M5 : "Aucune préparation des études médicales en France à ce sujet. Peut-être une heure de cours sur l'annonce d'une maladie grave, en disant qu'il faut laisser du temps à la personne pour réfléchir, voilà. Super." M6 : "la psychologie, nous on est très peu formé à la psychologie. En fait, à la faculté de médecine dans notre enseignement, il n'y a pas de part à la psychologie. On est sélectionné sur des critères de QCM, mathématiques, statistiques, arithmétiques ou de mémorisation, ou de capacité de travail ou de gestion du stress."
Présente	NA	M9 : "j'ai fait un Master en éducation thérapeutique [...]. Après, j'ai fait ma thèse de sciences là-dessus aussi. Et puis, le dernier truc que j'ai fait, c'est un DU d'entretien motivationnel pendant un an, à Nîmes. Donc oui, j'ai une formation assez solide là-dedans"

Le sentiment qui prédomine dans les romans (n = 2) et les interviews (n = 8) de médecins est celui de l'absence ou de l'insuffisance de formation psychologie des médecins. Seule une médecin interrogée s'est estimée bien formée dans ce domaine, mais a suivi des formations complémentaires pendant et après ses études médicales (tableau XVI).

4.4.3.4 L'interaction du médecin généraliste avec le psychologue et le psychiatre

Le médecin prend en partie le rôle de psychothérapeute aux psychologues et aux psychiatres, pour plusieurs raisons (aspects non retrouvés dans les romans de médecins) :

- les consultations de psychologie ne sont pas remboursées : « *Peut-être il faudra envisager que la sécu rembourse le psychologue un jour* » (M7)
- les patients auraient du mal à admettre leurs faiblesses sur ce plan-là, et ne veulent pas être vus/considérés/étiquetés comme des « fous » : « *Le psychologue [...] on le voit plus* » (M3) ; « *les gens ne veulent plus voir de psychiatres. Ils n'ont jamais voulu vraiment en voir. Les psychiatres, ça veut dire qu'ils sont fous* » (M5) ; « *les psychologues, ça fait peur* » (M10)
- la disparition du rôle institutionnel des figures sociales de proximité que sont le curé, notamment, et l'instituteur : « *il n'y a plus le curé, il n'y a plus l'instituteur* » (M7) ; « *il n'y a plus de curé. La société, jusqu'à maintenant [...] dans les villes ou les villages, la structuration, c'était quand même le curé [...]. Tout le monde allait se confesser, et racontait ses trucs, qui soulageaient sa conscience. [...] Le médecin était un déversoir de tout ce qui n'avait pas été dit au curé. Aujourd'hui il n'y a plus de curé* » (M10)

Le médecin généraliste doit quand même déléguer à ses confrères psychologues et psychiatres et leur laisser la main quand il ne s'estime plus compétent ou dépassé : « *D'autres fois, il faut qu'ils voient un véritable professionnel* » (M4) ; « *j'essaie quand même de les adresser vers des spécialistes [...] parce qu'ils sont plus formés que nous* » (M8) ; « *Il y aura peut-être une psychologue en plus, à côté, on verra, s'il y a besoin* » (M9).

4.5 Les médecins mentors et modèles

Les études médicales sont basées depuis des siècles sur le compagnonnage, l'apprentissage auprès d'un maître. Celui-ci est le plus souvent érigé en modèle à suivre, mais est parfois remis en cause. Les médecins dans les romans et dans les interviews ont mis en avant différentes qualités chez d'autres médecins, faisant d'eux des modèles pour leurs propres pratiques.

Tableau XVII : La filiation spirituelle ou la figure du médecin modèle

Thèmes	Dans les romans de médecins	Dans les interviews de médecins
Savoir, savoir-faire, technicité	<p>Marie Didier, <i>Contre-Visite</i> : "Ses grandes battoirs infailibles pour trouver le kyste passé inaperçu. [...] Sa main sur mon épaule quand il lève l'angoisse de mes incertitudes sur un cas difficile. [...] Ses gestes minutieux, parfaits dans leur exactitude quand il incise un ventre, clampé une artère, dissèque un uretère"</p> <p>WC Williams, <i>Filles de fermier, Le vieux toubib</i> : "le plus clair de son talent résidait en un diagnostic d'une étrange infailibilité. Et jamais il ne tergiversait. Sa décision prise, il s'y tenait"</p>	<p>M1 : "Moi j'ai des modèles de médecins de forte technicité"</p> <p>M3 : "J'ai un oncle qui était médecin de campagne, et qui je pense, m'a un peu influencé dans le choix de ce métier. [...] Il faisait un peu tout. Ils faisait les accouchements, tout ce que moi je fais plus ; les sutures ; il faisait des plâtres pour les fractures. Il avait une activité très étendue sur l'activité médicale. [...] Il y a des médecins qui m'ont passionné par leur savoir"</p> <p>M6 : "des modèles, on en a tous eus. [...] qu'est-ce qui nous a plu à ce moment-là ? Est-ce que c'est le savoir de la médecine qu'on avait pas ? Je pense aux internistes."</p> <p>M8 : "tu retiens aussi les manières de travailler"</p>
Empathie, humanisme, abord psychologique	<p>Marie Didier, <i>Contre-Visite</i> : "son regard aigu qui d'un seul coup sait voir les yeux cernés de la femme de salle à qui il va parler, avant de descendre au bloc"</p> <p>WC Williams, <i>Filles de fermier, Le vieux toubib</i> : "quel bon psychologue il était !"</p> <p>Winckler, <i>Le Chœur des femmes</i> : "j'avais été étudiant dans la section de Lance et j'avais tout de suite aimé ce grand bonhomme. [...] Il n'avait pas son pareil pour s'asseoir au lit d'un patient, lui tenir la main et le rassurer à la veille d'une intervention"</p>	<p>M1 : "j'ai des modèles de médecins avec une grande empathie"</p> <p>M2 : "Moi, c'est l'humain dans le médecin, que j'aime bien."</p> <p>M4 : "il y a des médecins qui m'ont [...] impressionné par leur abord psychologique."</p> <p>M9 (à propos de Winckler) : "sa vision des patients, de la médecine"</p> <p>M10 : "surtout en terme de relationnel, ou d'approche de la maladie ou [...] comment approcher le patient"</p>
Capacité d'organisation	NA	M1 "moi, j'ai [...] des modèles de médecins d'un point de vue organisationnel"
Image d'autorité, paternelle, virile	Winckler, <i>Le Chœur des femmes</i> : "dans les couloirs du CHU, on le surnommait Barbe-bleue. Parce qu'en plus de jouer encore les séducteurs à la cinquantaine passée, il arborait une barbe pas toujours bien taillée et il était toujours prêt à bouffer ceux qui lui parlaient"	M6 : "le côté viril, je dirais masculin du chirurgien ou de l'urgentiste [...] la gestion de l'équipe autoritaire"
Médecins confraternels	Winckler, <i>La Maladie de Sachs</i> (le Professeur Zimmermann à Bruno Sachs): "Ecoute, on a une réunion de staff interdisciplinaire samedi"	M2 : "il y en a un qui me vient à l'esprit : c'est l'ancien chef de service de cardio [...] il était venu, en racontant qu'il avait été appelé"

	<i>matin, on va sûrement en parler avec nos correspondants de l'université de Rochester, ils sont ici pour un mois. Tu veux venir ?"</i>	<i>dans un train, et qu'il avait compris que d'être médecin généraliste, c'était difficile, parce qu'il disait : mais là, j'avais rien, j'avais pas les outils, l'oscilloscope [...] il avait eu la reconnaissance pour qui on était. Et comme c'est un clinicien, j'avais apprécié. Et ce gars-là, il était généraliste dans sa spécialité"</i>
--	--	--

Nous avons retrouvé la figure du médecin mentor et/ou modèle dans 4 ouvrages littéraires de médecins, et chez 8 des 10 médecins interrogés (M1, M3, M4, M5, M6, M8, M9, M10) (tableau XVII). Deux qualités ont surtout été mises en avant dans les romans et les interviews de médecins : compétence biomédicale ou technique, d'une part ; empathie et humanité, d'autre part. Dans les récits littéraires de médecins inclus dans notre étude, nous avons trouvé la figure du médecin mentor et/ou modèle en particulier dans deux de ces ouvrages : *Contre-visite* de Marie Didier, et dans la nouvelle *Le vieux toubib* du recueil *Filles de fermiers* de William Carlos Williams, où le modèle de rôle perçu est indirectement celui de l'héroïsme personnel du médecin mentor. Dans *Le Chœur des femmes*, Martin Winckler nous a semblé ériger avant tout sa propre personne comme médecin modèle dans cette fiction, via le personnage de Franz Karma ou « *Barbe-bleue* ». Ce dernier joue le rôle de chef de service d'une unité de gynécologie médicale, vu à travers les yeux d'une interne en gynécologie-obstétrique, Jean Atwood. Le personnage de Karma constitue un modèle de rôle à la fois par son statut de chef de service, d'enseignant et aussi pour ses qualités pédagogiques. Quels que soient les critères retenus, les liens d'admiration envers leurs maîtres nous ont semblé identiques ou du moins très comparables entre les médecins autofictionnels dans la littérature et les médecins dans la vraie vie. Aucun des médecins-écrivains n'a évoqué d'influence familiale, a contrario d'un médecin en exercice (M4). Selon M6, les médecins modèles aident le médecin, et plus particulièrement le médecin en formation, à « *grandir* », se structurer, s'étayer. Deux des médecins interrogés ont toutefois relativisé importance du médecin modèle (M2, M6). D'après M2, la faillibilité du médecin mentor serait en effet toujours présente : « *J'ai tout le temps eu ce frein de pas être enthousiaste sur les faits et gestes des uns, parce que [...] les grands hommes peuvent être très petits* ». De plus, la figure du médecin modèle constituerait une « *illusion* » dont il faudrait in fine se détacher pour véritablement « *grandir* » (M6). Deux médecins interrogés nous ont exprimé le fait qu'il n'ont pas eu, personnellement et précisément, de médecin(s) modèle(s) (M3, M8) : « *J'ai pas eu de mentor* » (M8).

4.6 Le médecin héros ou sauveur

4.6.1 Dans les romans de médecins

Le personnage principal, médecin de fiction, ne s'est reconnu personnellement et expressément la qualité de « héros », de « sauveur » ou de « surhomme » dans aucun des 11 ouvrages cités.

4.6.2 Dans les interviews de médecins

L'héroïsme en médecine serait une réalité officieusement admise. En attestent les blagues carabines, ou les propos de médecins à ce sujet : « *je me rappelle à la fac, il y avait un copain, [...] il disait : ce matin, en me levant, je prenais mon café et je me disais : je vais encore sauver une vie aujourd'hui* » (M6) ; « *la différence entre un médecin et Dieu, c'est que Dieu ne s'est pas pris [...], jamais pris pour un médecin (rires)* » (M7).

Cependant, à la question de savoir si les médecins interviewés se reconnaissaient personnellement et directement la qualité de médecin « héros, sauveur ou surhomme », seulement 3 médecins interrogés sur 10 se sont reconnus dans cette expression (tableau XVIII).

Tableau XVIII : médecins se reconnaissant personnellement comme des héros

Médecins se reconnaissant comme des héros	oui	non	indécis
Effectif (pourcentage)	3 (30)	6 (60)	1 (10)

Parmi ces trois médecins, nous pouvons distinguer ceux qui se sont reconnus comme :

- des « petit héros » (M6)
- de vrai(e)s héros/héroïnes : M7 et M8. M7 a évoqué son sentiment d'héroïsme lorsqu'il était jeune urgentiste : « *Héros, non. Ou peut-être, si. Quand j'étais jeune, jeune fou. Quand on était au SAMU, de jouer aux cow-boys, comme on disait. On se la pétaït un peu. [...] Erreur de jeunesse (rires)* ». M8 a relié son sentiment d'héroïsme au fait d'avoir sauvé la vie de certain(e)s de ses patient(e)s : « *Ah, ouais ! C'est trop bien (rires) ! Pas souvent, hein [...] j'en ai pas sauvé 10 000, mais j'ai sauvé des vies ! C'est extraordinaire. C'est un sentiment [...]. J'ai 2-3 souvenirs, à me dire : punaise, là, c'est grâce à moi si elle est en vie. [...] Moi, je me sens héroïque dans le sens où [...] des petites fois, j'ai contribué réellement à leur sauver la vie* ».

4.6.3 Comparaison entre les romans et les interviews

4.6.3.1 Le médecin, un héros, via ses gestes héroïques et sauveteurs

Tableau XIX : Le médecin se reconnaît indirectement comme un héros, via ses gestes héroïques et sauveteurs	
Dans les romans de médecins	Dans les interviews de médecins
<p>AJ Cronin, <i>La Citadelle</i> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - accouchement difficile avec réanimation de la mère et de l'enfant : " <i>il travailla par tous les moyens à ranimer l'accouchée inerte. Après quelques minutes d'efforts fiévreux, le cœur reprit de la force [...]. Soudain, comme par miracle, ce torse minuscule se souleva convulsivement entre ses mains, puis une seconde fois, et une troisième fois</i>" - amputation du bras d'un mineur coincé sous un éboulement de roches : " <i>Il n'est pas chirurgien, il tâtonne désespérément... il n'en viendra jamais à bout</i>" - diagnostic d'une hypothyroïdie devant un cas de folie : " <i>tout à coup, comme une décharge électrique, des neurones se connectèrent dans son cerveau. [...] Le tableau était si complet qu'il en devenait sublime</i>" <p>Boulgakov, <i>Récits d'un jeune médecin</i> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - amputation d'un membre inférieur chez une jeune fille : " <i>J'avais déjà envie de dire : c'est fini [...] puis brusquement j'ordonnai d'un ton sec, sans reconnaître ma propre voix : – camphre !</i>" - accouchement d'une femme dont le fœtus est en présentation transverse - accouchement dans les buissons - trachéotomie chez un enfant atteint de croup diphtérique - (sur son expérience accumulée) : " <i>Que pouvais-je redouter ? Rien. [...] Ma main est vaillante, elle ne tremble pas. [...] Je n'imagine positivement pas quel cas on pourrait bien m'amener devant lequel je resterais court</i>" - diagnostic et traitement de toute une famille ayant la syphilis <p>William Carlos Williams, <i>Filles de fermiers, Le vieux toubib</i> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - " <i>Là où tout autre échouait, ils croyaient que Rivers les sortirait d'affaire [...] lui seul pouvait les sauver</i>" - opération d'une appendicite sans anesthésie efficace - diagnostic et traitement d'une typhoïde chez le narrateur <p>Jaddo, <i>Juste après dresseuse d'ours</i> : " <i>On sait qu'on a contribué sans doute à sauver quelques vies anonymes</i>"</p>	<p>M1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - sauvetage d'un enfant "bleu marine" victime d'une "fausse route" - réanimation d'un arrêt cardio-respiratoire, d'un état de choc : " <i>tu fibrilles quelqu'un qui est devant toi, tu le défibrilles et il rouvre les yeux</i>" - transfusion d'une "hémorragie massive" - assistance à une personne faisant une tentative de suicide : " <i>Quelqu'un [...] qui est prêt à se jeter du toit de l'hôpital. Et puis, à force de parlementer et de discuter...</i>" <p>M3 : découverte d'un "cancer" à "la palpation"</p> <p>M5 : contribution au diagnostic à un stade très précoce d'un "lymphome très agressif"</p> <p>M7 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - "choc anaphylactique avec l'injection d'adrénaline faite immédiatement" - "diagnostic très précoce d'infarctus du myocarde" - diagnostic de "tamponnade péricardique" traitée par une "ponction péricardique" <p>M9 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - envoi rapide ("tout de suite") à l'I.R.M. d'une "petite fille" ayant une "tumeur de la fosse postérieure" - diagnostic d'une "occlusion intestinale" - diagnostic d'une embolie pulmonaire dont le diagnostic n'avait pas été fait aux urgences " <i>Les D-dimères avaient pas été fait</i>" - aide au diagnostic de "tachycardie ventriculaire adrénérique" étiquetée à tort "malaises vagues" chez une "jeune fille"

M1 a fait partie des six médecins interrogés refusant de se reconnaître directement le rôle de médecin héros : « *J'ai pas de considérations là-dessus* ». Il s'est cependant reconnu indirectement cette qualité via ses « *gestes héroïques et sauveteurs* ». Concernant ces gestes héroïques

et sauveteurs, nous avons trouvé des résultats comparables entre les médecins de fiction dans la littérature d'hier et d'aujourd'hui (n = 4), et les médecins dans la vraie vie en 2019 (n = 5) (tableau XIX). Là où nous avons cependant noté une différence, c'est que les médecins généralistes ruraux et isolés du début du XX^e siècle décrits dans les livres de Boulgakov, AJ Cronin, WC Williams, réalisaient de nombreux actes médicaux et/ou chirurgicaux, tels que les accouchements, les anesthésies générales, les amputations, les cures de hernies étranglées, que ne font plus les médecins généralistes actuels. Jaddo nous décrit dans *Juste après dresseuse d'ours* comment, en tant que héros ordinaire, elle sauve des vies de manière plus indirecte et moins spectaculaire que ses aînés, ou ses confrères spécialistes, par le dépistage et la prévention. Les propos de trois médecins généralistes interrogés (M3, M4, M9) résonnent avec son livre : « *un héros, non. [...] On a fait avancer le Schmilblick* » (M3).

4.6.3.2 Héroïsme ordinaire et au quotidien du médecin

Thèmes	Dans les romans de médecins	Dans les interviews de médecins
Accompagnement du patient et empathie du soignant	Winckler, <i>La Maladie de Sachs</i> : "Et nous restons là, un long moment, sans rien dire, toi à me tenir la main, et moi à pleurer sur ces années que mon fils m'a données et dont je ne voulais pas"	M6 : "Si tu parles gentiment à un patient, si à la fin de la consultation, lui il te tient la main, ou il te dit : merci, vous m'avez aidé."
En assumant parallèlement son rôle de parent	NA	M2 : "on est héroïque au quotidien. C'est-à-dire, quand j'étais en train de faire la soupe de légumes pour les enfants après ma journée de boulot, ou ma garde de nuit, là, j'étais héroïque"

L'héroïsme du médecin ne serait pas seulement lié à ses gestes héroïques et sauveteurs. Il découlerait également de son empathie avec ses patients, et de sa capacité à assumer parallèlement son rôle de parent (tableau XX).

4.6.3.3 Facteurs diluant l'héroïsme personnel du médecin

Thèmes	Dans les romans de médecins	Dans les interviews de médecins
L'héroïsme est partagé	AJ Cronin, <i>La Citadelle</i> : - le narrateur Andrew Manson et son collègue Philip Denny dynamitent un égout foyer d'une épidémie de typhoïde : "C'est fait ! soupira	M5 : "Je me sens être le maillon d'une chaîne de héros. [...] Le médecin généraliste, qui va envoyer au spécialiste, qui lui va traiter la maladie."

L'héroïsme est éphémère	<p><i>Denny [...]. Nous avons enlevé un peu de pourriture à ce monde</i></p> <p>- Christine Barlow, la femme du narrateur, <i>"tenait sa maison dans un état de propreté éblouissante"</i> ; <i>"lorsqu'Andrew rentrait fatigué, presque épuisé [...] elle lui servait un repas chaud qui le revigorait"</i></p> <p>NA</p>	<p>M7 : <i>"je crois que le terme de héros revient au compagnon ou à la compagne, qui assure tout ce que le médecin ne peut pas faire"</i></p> <p>M6 : <i>"même si Cabrol [...] a fait les premières greffes cardiaques, a été un héros dans sa carrière, aujourd'hui il est âgé, peut-être il est malade. Il est plus dans le système de santé. Qui se souvient de lui ?"</i></p>
-------------------------	--	--

Deux facteurs nous sont apparus comme limitant et diluant l'héroïsme personnel du médecin : le fait que son héroïsme soit partagé avec ses collègues et/ou ses patients ; le fait que son héroïsme soit éphémère (tableau XXI). Nous avons trouvé des résultats comparables entre les romans (n = 1) et les interviews (n = 3) de médecins sur la notion d'héroïsme partagé, mais pas sur la notion d'héroïsme éphémère.

Les médecins interrogés qui ont catégoriquement refusé la vision de médecins-héros à leur propos ont avancé diverses raisons au sujet de leur refus :

- De par sa nature et sa condition humaines, le médecin serait par essence voué à l'imperfection et à la faillibilité, contrairement au héros qui a des qualités surhumaines et qui réussit toujours ce qu'il fait. Cette faillibilité appellerait le médecin à rester « *humble* » et modeste, d'autant plus que le risque « *d'erreurs* » médicales n'est jamais bien loin (M10).
- Parce que ce serait politiquement incorrect : « *les médecins héros, les médecins sauveurs, ça a souvent une connotation négative* » (M1) ; « *c'est pas se sentir au-dessus des autres* » (M7).
- Le médecin ne ferait que son travail (M1, M5, M6, M7) ; et alors, ce n'est pas lui, mais la médecine qui serait héroïque, avec en plus un aspect chamanique soulevé par M5 : « *c'est le geste qui sauve ; on fait le diagnostic qui sauve, ce n'est que notre métier [...]* » (M1) ; « *Il y a une dimension héroïque dans le travail de médecin.[...] La noblesse du fait de soulager la douleur, de prolonger la vie, de tromper la mort, il y a un côté sauveur [...], magique depuis la nuit des temps* » (M5). « *À l'inverse, te donner une médaille chaque fois que tu fais quelque chose de bien, ça n'a pas de sens non plus* » (M6).

Médecins incompetents	AJ Cronin, <i>La Citadelle</i> : - "penser qu'un praticien diplômé [...] ne connaissait pas la différence entre le pancréas et le thymus, alors que l'un est dans le ventre et l'autre dans la poitrine. Ahurissant" - "Il était terriblement arriéré [...] n'avait pas ouvert un livre de médecine depuis vingt ans, et devenait presque dangereux à force d'être dépassé"	qu'il trouvait que c'était s'exposer, que d'échanger. Pour moi, c'était un peu l'anti modèle" M7 : "je pense qu'au point de vue des compétences, on est à peu près tous similaires"
Médecins affairistes	AJ Cronin, <i>La Citadelle</i> : "elles ne savent pas à quel point ces remèdes ne nous coûtent rien. Chaque fois qu'une malade voit une rangée d'ampoules sur votre bureau, elle pense instinctivement : « mon Dieu, combien ça va me coûter ? »"	NA

Nous avons retrouvé le thème des médecins anti modèles et contre-exemples, du fait de leurs attitudes envers les patients, dans les romans (n = 4) et les interviews (n = 4) de médecins (tableau XXII). On note une importance chronologique de plus en plus grande du thème des médecins anti modèles dans les trois œuvres étudiées de Martin Winckler. Alors que ce thème est très discret dans *La vacation* (1989), il est déjà un peu plus présent dans *La Maladie de Sachs* (1998), et constitue un des fils conducteurs du roman *Le chœur des femmes* (2009), où l'auteur dénonce abondamment les violences gynécologiques et obstétricales. Un cas à part de médecin anti-modèle dans la littérature, c'est celui du personnage principal Bardamu dans *Voyage au bout de la nuit* de Céline, qui se décrit lui-même comme tel. Bardamu nous montre tour à tour ses sentiments d'égoïsme, de cupidité au moment de devoir faire interner une grand-mère pas folle du tout à la demande de sa bru ; d'indifférence à l'égard d'une jeune femme en train d'avorter et mourant d'hémorragie sous ses yeux ; de colère envers un nourrisson qui pleure. Nous n'avons pas retrouvé le thème des médecins affairistes, trouvé dans un roman de médecin, *La Citadelle* d'AJ Cronin, dans les interviews de médecins. Cependant, cette notion de médecins anti-modèles a été nuancée par 2 médecins interrogés (M5, M7). L'idée derrière le fait qu'un médecin anti modèle puisse être partiellement exonéré de ses torts, c'est que chaque médecin serait « *singulier* » ; ayant ses « *qualités* » et ses « *défauts* » propres. Et tout médecin serait alors un potentiel anti modèle pour ses confrères. Quatre médecins interrogés n'ont pas répondu à la question du médecin anti modèle (M1, M2, M3, M7). Pour M3, cette question l'a

initialement gênée, y voyant une invitation à la délation : « *Ah ? Mais non, je vais pas balancer* ».

4.7.2 Du fait de leurs attitudes envers leurs collègues

Tableau XXIII : Les médecins anti-modèles et contre-exemples, du fait de leurs attitudes envers leurs collègues		
Thèmes	Dans les romans de médecins	Dans les interviews de médecins
Médecins spécialistes qui méprisent le travail du médecin généraliste	AJ Cronin, <i>La Citadelle</i> : "Inutile de vous donner la peine de venir, je m'occuperai de lui, désormais. Nous ne pouvons vous recevoir, vous autres assistants, bavardant dans les salles – avec un regard sur mes guêtres – avec vos souliers à gros clous"	M4 : "Il y en a qui m'ont déçu, parmi les chefs de service qui se font appeler "maître", et qui sont tout sauf des maîtres. Qui respectent pas obligatoirement le travail du médecin généraliste." M8 : "je n'aime pas les médecins qui sont professoraux, [...] je n'aime pas qu'on me donne de leçons"
Médecins anti-confraternels	Winckler, <i>Le Chœur des femmes</i> : - "je conchie la confraternité !" - "C'est la quatrième patiente de ce salopard que j'avorte en six mois !" Jaddo, <i>Juste après dresseuse d'ours</i> : "la chef de service et la chef de clinique [...] se haïssent cordialement"	M3 : "j'ai fait un stage chez le praticien, avec une qui était pas très... tu sais ce qu'elle m'a dit ? [...] elle te regardait quand t'examinais les gens, l'air de dire : je suis en train de te faire passer ton concours, quoi, et puis elle me dit : bon écoute, M3, au niveau connaissances, je me fais pas de soucis. Par contre, au niveau relationnel... (rire jaune) [...]. J'ai rien dit. Mais le relationnel, c'était pas le souci"

Nous avons retrouvé le thème des médecins anti modèles et contre-exemples, du fait de leurs attitudes envers leurs collègues, dans les romans (n = 3) et les interviews de médecins (n = 3) (tableau XXIII). Martin Winckler nous a semblé s'être décrit lui-même comme un médecin anti-confraternel dans son roman *Le Chœur des femmes*, lorsqu'il s'agissait de défendre les droits de ses patientes, et de dénoncer des abus ou mauvaises pratiques de ses confrères gynécologues : « *Mes obligations éthiques vont d'abord aux patientes, ensuite aux autres médecins* ». Nous avons noté un troisième grand motif de médecins anti modèles et contre-exemples, celui qui est lié à leur temps de travail. Le médecin anti modèle et contre-exemple étant celui qui se montre peu disponible envers ses patients, ou au contraire trop présent à son travail, selon que c'est son attachement à ses patients, ou sa vie personnelle, qui sont privilégiés et valorisés. Nous n'avons pas retrouvé ce cas de figure dans la littérature. Nous l'avons en revanche retrouvé dans les propos de 2 médecins interviewés : « *Un médecin qui arrive à 9h30, qui part à midi, qui revient à trois heures, et qui part à cinq heures, vous pouvez me dire quel attachement*

empathique il a vis-à-vis de ses patients, et quel engagement a-t-il vis-à-vis d'eux ? » (M7) ;
 « c'est ce qu'on reprochait énormément, nous, jeunes générations de médecins, aux vieux médecins qui passaient leur vie dans leurs cabinets. Ils avaient pas de vie à côté » (M8).

4.8 Le médecin, un être humain comme les autres

4.8.1 Oui

4.8.1.1 Failles et fragilités psychologiques en général

Thèmes	Dans les romans de médecins	Dans les interviews de médecins
Regrets, doutes, cas de conscience, culpabilité d'avoir perdu ou de n'avoir pu sauver un patient	<p>Winckler, <i>La vacation</i> (Sachs sur lui-même) : - "le bourreau", "le tueur" - "tu fais [...] bon marché de la chair et des sentiments humains. Tu as construit ta renommée sur le sang des enfants à ne pas faire naître, sur la souffrance des femmes que tu as vidées. [...] Tu es un salopard. Un assassin. Une ordure",</p> <p>Winckler, <i>La Maladie de Sachs</i> : "Il m'a demandé de la lui prendre à lui, la tension. Il avait quelque chose comme 20/12. [...] Je ne sais toujours pas pourquoi, j'ai dit qu'elle était normale et je ne lui ai pas prescrit de traitement. Quand, quelques mois plus tard, j'ai demandé de ses nouvelles à son médecin, il m'a répondu : « le malheureux, il est mort d'une attaque. [...] [Je me suis senti] glacé"</p> <p>Boulgakov, <i>Récits d'un jeune médecin</i> (lors d'un accouchement): "mes gestes étaient assurés et ne dérogeaient point aux règles ; quant à mon inquiétude, je m'étais efforcé de l'enfouir au plus profond de moi-même et de n'en rien laisser paraître"</p>	<p>M1 : "il nous arrive toujours de pleurer après une garde, d'être déprimé parce qu'on a pas pu sauver un patient"</p> <p>M3 : - "moi, la meuf qui se pend, je vais te dire, ça m'a suivie pendant quelques semaines et quelques mois. Tout de suite, il y a ce côté : c'est ma faute" - "ça m'a accompagné pendant... jusqu'à la naissance d'(prénom occulté pour des raisons d'anonymat) [...] tu sais, je remplaçais X, la semaine d'après, j'ai même pas pu faire ma semaine, j'étais dans un état... où on pouvait me ramasser à la petite cuillère" - "je me suis dit : putain, t'as pensé à l'embolie, tu lui as même pas regardé les mollets"</p> <p>M10 : "tu reviendrais dix ans en arrière, tu ferais pas la même chose. Parce que la façon dont tu l'as fait, ça a conduit à quelque chose qui... voilà. Rattraper le temps"</p>
Fatigue compassionnelle	<p>Winckler, <i>La Maladie de Sachs</i> : "malheureux d'avoir été témoin de tant de misère affective, de tant de haines rentrées, de tant de malentendus empilés"</p>	<p>M3 : "ils se rendent pas compte comme nous on est éclaboussé de tous leurs trucs" M8 : "on se laisse bouffer" M9:</p>

<p>Défauts personnels, failles intimes ; troubles psychologiques</p>	<p>Jaddo, <i>Juste après dresseuse d'ours</i> - (son expérience d'interne en soins palliatifs la déprime au point de la faire craquer) : "<i>Je sors brutalement de mon corps, et je me vois éclater en sanglots absurdes, intarissables</i>" - "<i>Les malades sont nuls. Il puent la souffrance et la peur; ils me vident de mon énergie, ils m'aspirent, ils m'effraient</i>"</p> <p>Céline, <i>Voyage au bout de la nuit</i> : "<i>Rien n'y faisait. J'avais beau me démener; tout était vain. Bébert passait, irrésistiblement emmené, souriant. Il se tenait en haut de sa fièvre comme en équilibre, moi en bas à cafouiller</i>"</p> <p>Baptiste Beaulieu, <i>Alors voilà les 1001 vies des urgences</i> : "<i>j'ai un contentieux avec les microbes. [...] Ma seule arme ? Me laver. Plusieurs dizaines de fois.</i>"</p> <p>Marie Didier, <i>Contre-visite</i> : - "<i>Cette angoisse de la vieillesse, de la laideur, cette hantise du poids, celle des rides, de l'affaissement [...] avilissent la vie, la salissent. Parce qu'elles sont miennes aussi</i>" - "<i>La vision de toutes ces femmes souvent pleines de vie, [...] dont il fallait examiner le sexe amoureux fréquenté sous la toison fournie, charbonneuse ou bien rousse, me jetait dans une envieuse colère, un désespoir accru, moi et mon sexe inutile entre les jambes. Je me sentais plus inerte que la moquette que je piétinais heure après heure</i>"</p>	<p>- "<i>faut être focalisé sur la personne. C'est pour ça que je trouve ça très fatigant, les journées de soins. Parce que je trouve qu'on est complètement... porté... tu vois, je fais un signe de plongeon, mais il y a un truc comme ça. Tu plonges vers le patient, tu es complètement focalisé sur lui</i>" - "<i>des fois, on est saisi par l'émotion</i>" - "<i>j'ai vraiment senti un transfert [...] comme si... je vivais la peine avec eux. Vraiment. Et là je me suis effondrée en larmes</i>"</p> <p>M2 : - "<i>Les conneries que j'ai faites ! Une fois, je venais d'apprendre que j'allais... (gêne) bientôt divorcer (rires). Ça m'était tombé dessus. Je fais, je me souviens, un ROR, et j'ai injecté juste le solvant, j'ai pas mis le truc.</i>" - "<i>J'ai une consœur alcoololo</i>"</p> <p>M4 : "<i>Je pense que le nombre de médecins qui dépriment, c'est important. Le nombre de médecins qui se suicident, c'est important</i>"</p>
<p>Détails intimes et éléments triviaux et prosaïques d'une existence banale et ordinaire</p>	<p>Winckler, <i>La Maladie de Sachs</i> : - "<i>je n'irai jamais le consulter, j'ai pas confiance, il n'est sûrement pas net, un jour je l'ai vu regarder les pornos dans le même vidéoclub que moi</i>" - (Sachs passant sa vie aux WC, et y aménageant son bureau) "<i>entre les toilettes et la cuisine il y avait un cagibi, j'ai abattu la cloison pour agrandir, pour y mettre mes livres, tous les articles que je découpe, pour avoir tout sous la main, [...] quand je ne suis pas au</i></p>	<p>NA</p>

	<i>boulot, j'y passe le plus clair de mon temps. [...]"</i> Baptiste Beaulieu, <i>Alors voilà les 1001 vies des urgences</i> : <i>"Je ramène des filles à l'internat et, parfois, des garçons aussi [...]. Je célèbre la vie comme je peux. [...] J'ai 27 ans et une règle très simple : les jours pairs, c'est les filles, les jours impairs, les garçons"</i>	
--	---	--

Nous avons trouvé des exemples de failles et de fragilités psychologiques en général (hors cas du burnout) dans les romans (n = 7) et les interviews de médecins (n = 7) (tableau XXIV). Nous avons trouvé dans la fiction littéraire trois exemples dans lesquels le personnage de médecin expose des éléments triviaux et prosaïques d'une existence banale et ordinaire ; trois exemples dans lesquels il expose ses défauts personnels et ses failles intimes. A contrario, nous n'avons véritablement trouvé que 2 médecins interviewés, tous deux de sexe féminin (M2 et M3), qui ont accepté de nous raconter des situations où elles se sont senties particulièrement mal sur le plan psychologique. Trois médecins interrogés, 1 homme et 2 femmes (M1, M5, M9), ont fait état de la possibilité de pleurer suite à une journée de travail ou une garde éprouvantes, ou encore face à une situation émotionnelle particulièrement génératrice de stress vécue par les patients. La fatigue compassionnelle, évoquée par 3 auteurs et 3 médecins interrogés, est cependant pondérée par 1 écrivain-médecin et 2 médecins interviewés²².

4.8.1.2 Cas particulier du burnout

Tableau XXV : Cas particulier du burnout	
Dans les romans de médecins	Dans les interviews de médecins
Martin Winckler, <i>La Maladie de Sachs</i> : <i>"depuis quelque temps, j'ai le sentiment que tu n'as plus la même patience, tu es souvent silencieux, irritable, et parfois tu me parles sèchement au téléphone. [...] Quand tu reviens, tu as l'air mécontent d'avoir plusieurs rendez-vous"</i> Jaddo, <i>Juste après dresseuse d'ours</i> : - (elle raconte son surmenage, confrontée à un défilé de patients tous plus exigeants et râleurs les uns que les autres) : <i>"A la fin de mon dernier et dix-septième-déjà-vingt-troisième, j'ai fermé la porte, j'ai fermé les volets,</i>	M3 (difficulté à se déconnecter de son travail même en vacances) : <i>"je le sens, quand j'ai une semaine de vacances, il me faut bien plusieurs jours pour... je dis à... : ah, ça y est, je suis zen ! Ça a mis plusieurs jours pour... tu le ressens pas forcément quand tu y es quand tu dis : ah bah tiens, je suis, pffou. C'est vrai que c'est quand même pas simple ce qu'on vit. C'est vraiment des journées marathons, où tu te poses tout juste. Il y a pas de répit, quoi"</i> M4 : <i>"Le nombre de médecins en burnout, c'est important"</i>

²² Baptiste Beaulieu, *Alors voilà les 1001 vies des urgences* : « *On apprend des patients. Leurs expériences anciennes sont très souvent des douleurs actuelles. [...] Nous vous traitons, vous nous guérissez* ». Médecins interviewés : « *les gens savent beaucoup plus, que ce que nous savons sur nous* » (M2) ; « *Ce sont eux [les patients] qui nous inspirent des témoignages et des paroles de sagesse. Moi, il se passe pas une journée de travail sans que je prenne une claque d'humilité* » (M5).

<p><i>je me suis assise et j'ai pleuré, sans trop savoir pourquoi."</i> - "Il y a la fatigue des gardes continues sur lesquelles on enchaîne une journée de travail sans avoir dormi. Il y a les consultations à la chaîne"</p> <p>AJ Cronin, <i>La Citadelle</i> : "tous les docteurs que j'ai connus jurent que notre profession nous impose une vie de chien. Ils vous diront qu'ils s'éreintent, courent dans tous les sens, n'ont jamais une minute, jamais le temps de manger; qu'ils sont sans cesse appelés de tous les côtés"</p> <p>Boulgakov, <i>Récits d'un jeune médecin</i> : "c'était chaque jour une centaine de paysans qui empruntaient la piste tracée par les traîneaux pour venir à ma consultation [...]. En outre, j'avais à m'occuper de la trentaine de malades hospitalisés. Et c'est encore moi qui étais chargé des opérations. En un mot, quand je rentrais de l'hôpital à neuf heures du soir, je ne désirais ni manger, ni boire, ni dormir"</p>	<p>M6 : "j'ai passé beaucoup de temps à travailler, à lire, à apprendre, à aller dans des réunions médicales, à rencontrer des collègues, à échanger, à travailler encore plus, à prendre des gardes, à faire encore plus de fériés, de week-ends, à soigner encore plus, à arriver tôt, à partir encore plus tard. J'ai fait ça pendant plusieurs années, au détriment bien sûr de ma famille"</p> <p>M7 : - "C'est vrai que le côté fatigue rend le médecin moins disponible. À la suite de gardes, ou de périodes trop longues sans vacances, il y a une irritabilité qui s'installe, une fatigabilité beaucoup plus accrue" - "j'ai fait un malaise. [...] c'était [...] à l'époque du service militaire, où j'étais au SAMU [...]. On nous avait imposé par manque d'effectif une série de gardes ultra prolongée, qui se suivaient les unes derrière les autres, sans repos compensateur, et à un moment donné..."</p>
--	--

Nous avons retrouvé les thèmes du surmenage et du burnout chez 4 médecins-écrivains (2 anciens et 2 contemporains) et 4 médecins interviewés (tableau XXV).

4.8.1.3 Fragilité matérielle

Tableau XXVI : Fragilité matérielle du médecin	
Dans les romans de médecins	Dans les interviews de médecins
<p>A.J. Cronin, <i>La Citadelle</i> : "il en était réduit à toucher à peine assez d'honoraires pour ne pas mourir de faim. [...]. Jamais encore l'aspect financier de la profession ne l'avait obsédé à ce point. On n'aurait pu imaginer un moyen plus efficace de le convertir au matérialisme que la torture de la faim, qu'il subissait parfois plusieurs jours par semaine "</p> <p>Reverzy, <i>Le Passage</i> : "fixé dans ma ville, j'étais devenu le médecin d'un quartier malheureux ; j'avais accepté ce destin et un horizon de hautes maisons misérables"</p> <p>Céline, <i>Voyage au bout de la nuit</i> : "La misère poursuit implacablement et minutieusement l'altruisme et les plus gentilles initiatives sont impitoyablement châtiées."</p>	<p>M7 : "Ça n'a pas été facile. On commence par des dettes. Et on travaille pendant cinq ans avec des dettes. [...] Quand on avait des difficultés financières, on ne le montrait pas. [...] Il ne fallait pas le montrer"</p>

Nous sous-entendons par fragilité matérielle les difficultés financières du médecin. Nous avons retrouvé le thème de cette fragilité matérielle dans les ouvrages de 3 médecins-écrivains, tous du début du XX^e siècle, et chez un seul médecin interviewé, qui a replacé cette période à son début d'activité (tableau XXVI).

4.8.2 Non

4.8.2.1 De par les caractéristiques de son métier

Tableau XXVII : le médecin, un être humain pas comme les autres, de par les caractéristiques de son métier		
Thèmes	Dans les romans de médecins	Dans les interviews de médecins
Le savoir médical du médecin	Reverzy, <i>Le Passage</i> : "je savais un peu de médecine"	M4 : "On n'a rien de différent des autres, sinon notre petit savoir"
Un métier altruiste par excellence	AJ Cronin, <i>La Citadelle</i> (l'épouse du médecin à celui-ci, qui a invité à leur domicile la famille d'un ex patient dans le dénuement pour les fêtes de fin d'année) : "tu vraiment d'une sentimentalité incorrigible"	M1 : "cette corde à notre arc qui est de s'occuper des autres. Toujours la connotation altruiste là-dedans."
Un métier socialement favorisé	AJ Cronin, <i>La Citadelle</i> (Andrew Manson à son épouse Christine) : "les affaires marchent bien [...] nous sommes en train de faire fortune"	M1 : "Socialement, forcément un peu. On est plutôt en haut de l'échelle qu'en bas" M3 : "je gagne plus que la moyenne des gens"
L'hypo-esthésie émotionnelle du médecin	NA	M6 : "le médecin dans les situations émotionnelles dramatiques, [...] réagit moins que la population générale à ce qui se passe.[...] C'est-à-dire que notre métier, tout ce que l'on voit, tout ce qu'on fait, les années qui passent, nous anesthésient d'une certaine façon"

4.8.2.2 Le médecin est encore vu par la société comme un surhomme, et se voit lui-même comme tel

Nous avons retrouvé cet aspect dans *Récits d'un jeune médecin de Boulgakov* : « Que pouvais-je redouter ? Rien » ; et dans les propos de 3 médecins interrogés. La faiblesse ou la maladie seraient interdites au médecin ; voire sa simple indisponibilité envers ses patients : « le médecin, c'est compliqué. C'est comme s'il n'avait pas le droit d'être malade » (M5) ; « Il faut que le médecin soit présent au travail avant que les autres travaillent, au moment où les autres travaillent, et quand les autres rentrent chez eux » (M7) ; « Des gens sont tellement demandeurs d'un truc, qu'ils se rendent pas compte que toi, t'es humain, et que t'as une vie à côté » (M8). Faisant écho aux croyances des patients, le médecin lui-même entretiendrait cette croyance, en s'interdisant d'être faible/vulnérable, et en ayant des sentiments irrationnels d'invulnérabilité face à la maladie : « d'ailleurs, dans son esprit, il n'est pas malade. Le jour où il est malade, c'est comme si c'était pas normal. On se sent invincible. On se dit : bah non, je suis médecin, je soigne les autres, la maladie ne peut pas m'atteindre » (M5) ; « il faut pas qu'on soit faible.

Et ça, c'est très difficile dans ta vie » (M8).

4.9 L'attraction-répulsion en médecine

4.9.1 Du médecin vers le patient

Il s'agit d'un sentiment et d'une pulsion inévitables, généralement brefs, fugaces et furtifs, dont le médecin fait abstraction, par professionnalisme et éthique professionnelle (tableau XXVIII).

Tableau XXVIII : une réalité endiguée par l'éthique professionnelle	
Dans les romans de médecins	Dans les interviews de médecins
Winckler, <i>La Vacation</i> : "médecin = praticien neutre et bienveillant. Formé pour écouter et soulager la souffrance. D'autrui. Pas pour poser ses sales pattes sur les corps tendres et innocents, encore moins suggérer proposer préparer des rencontres. Même brèves. Pas moral."	M1 : "il faut savoir les dépasser" M4 : "on est là pour soigner tout le monde" M6 : "c'est la relation au corps humain [...] c'est quelque chose qui peut être bref, furtif, et qui bien sûr n'est pas un jeu. [...] tout ça n'est qu'une illusion" M7 : "on a appris au cours de notre formation à faire quand même une certaine abstraction du corps [...]. Le conseil de l'Ordre est très strict là-dessus [...] nous sommes des professionnels" M9 : "On reste des êtres humains, même quand on est des soignants.[...] On répond à des émotions. Ou on ne répond pas à des émotions. Là, pour le coup, c'était : on ne répond pas à des émotions"

Nous avons noté deux formes différentes d'attraction ressenties par les médecins dans la vraie vie et leurs pendants littéraires envers leurs patients : la première, physique voire sexuelle ; la seconde, psychologique et morale.

4.9.1.1 L'attraction physique voire sexuelle

Tableau XXIX : l'attraction physique voire sexuelle du médecin envers son ou sa patient(e)	
Dans les romans de médecins	Dans les interviews de médecins
Winckler, <i>La Vacation</i> : - "ses mains, tendues devant elle comme pour atteindre son sexe, ses doigts qui se mêlaient aux poils blonds et frisés et, un court instant, avaient presque écarté les lèvres en un geste équivoque, tandis que ta main allait et venait, que son corps et sa tête se cambraient en arrière, que son ventre se soulevait et qu'elle accompagnait cette danse lente d'un long gémissement sourd" - "elle était belle et brune [...] Le Bruno tremblant s'approche d'elle allongée calmement [...] pose [...] le pavillon [...] sur le sein rond parfait irréel inouï incroyable"	M2 : "quand je vois des bébés, je me dis : j'aimerais moi-même être dans cette insouciance du corps" M4 : "Oh, bah ça peut arriver. C'est vrai que quand il y a une belle femme qui se présente, c'est pas... ça reste... (rires) comment dire ? [...] On est formaté pour certains, comment dire... une certaine norme de beauté. On ressent plus d'attractivité pour quelqu'un qui présente bien, qui a une belle plastique"

<p>Reverzy, <i>Le passage</i> : "Tel qui fut don Juan de salle de garde, maintenant quadragénaire, bafouille devant la belle patiente qui s'habille, la consultation terminée"</p> <p>Marie Didier, <i>Contre-visite</i> : "ses épaules athlétiques, brunies [...] des hanches étroites. Les jambes sont longues. La tête bouclée, blonde, et d'in vraisemblables, de superbes yeux verts. Saisie, et comment ne pas l'être, devant tant de beauté [...]. Les hommes doivent être examinés debout, dos au mur. Je le lui dis dans un sourire pendant que je m'assois sur le petit tabouret bas, ce qui, pendant quelques instants, va mettre mon visage en face de ce sexe magnifique sous le ventre plat"</p> <p>Céline, <i>Voyage au bout de la nuit</i> : "Cette cliente-là [...], je la connaissais bien, avec son bassin large... Ses belles cuisses longues et veloutées... Son quelque chose de tendrement volontaire et de précisément gracieux dans les mouvements qui complète les femmes bien balancées sexuellement"</p> <p>WC Williams, <i>Filles de fermiers</i>, <i>La fillette bouton-neuse</i> : "une fillette aux cheveux plats d'environ quinze ans [...] elle me tapa dans l'œil au premier regard [...] cuisses nues jusqu'aux hanches. Bel et puissant animal"</p>	<p>M7 : "L'attraction, pas souvent"</p> <p>M8 : "Il y a des gens qui sont bien foutus"</p> <p>M9 : "des situations d'attraction, ça m'est arrivé très très peu souvent. Je dirais que ça m'est peut-être arrivé deux fois. Mais vraiment, ... enfin voilà, deux fois en 10 ans. Mais pas où je me suis dit : ah, il va peut-être y avoir quelque chose avec cette personne-là, absolument pas. C'est juste une attirance physique, où je dis : ouh là là"</p>
--	---

L'attraction physique des médecins envers certain(e)s patient(e)s, pour leur jeunesse ou la beauté de leurs corps, nous a semblé comparable entre les médecins de fiction dans littérature (n = 5), et les médecins dans la vraie vie interviewés (n = 5, soit 50% d'entre eux) (tableau XXIX). L'attraction sexuelle du médecin vers son ou sa patient(e) nous est apparue comme principalement, sinon exclusivement décrite dans les fictions littéraires de médecins (n = 4). Deux médecins interrogés de sexe masculin (M7, M10) ont nié avoir ressenti toute forme d'attirance physique ou sexuelle envers leurs patient(e)s : « *Mais d'avoir une attraction sexuelle vis-à-vis d'une de mes patientes, non. Ni d'un patient, d'ailleurs (rires)* » (M7).

4.9.1.2 L'attraction psychologique et morale

Tableau XXX : l'attraction psychologique et morale du médecin envers son ou sa patient(e)	
Dans les romans de médecins	Dans les interviews de médecins
<p>Jaddo, <i>Juste après dresseuse d'ours</i> : "J'ai rencontré Mme Pouteau pendant un remplacement qui vient de se finir. [...] On s'est rencontré, donc. Un peu de pleine face. Un peu, oserais-je dire, comme un coup de foudre. [...] Nous avons eu beaucoup de sourires en coin, beaucoup de sous-entendus, beaucoup de clin d'œil. Elle avait une malice et une pétillance in-crevables"</p>	<p>M3 : "il y a des gens comme dans la vie de tous les jours [...] avec qui tu te dis : tiens, celle-ci, je la connaîtrais à l'extérieur, je m'en ferais une amie. Des gens avec qui on sympathise"</p> <p>M4 : "attractivité, il y a des gens avec qui on a plus d'atomes crochus. Bon, je pense que dans nos patientèles, il y a des gens supers intelligents"</p> <p>M6 : "L'attraction, elle existe aussi. C'est-à-dire que tu peux, pour des raisons que tu expliques pas toujours, je dirais que ce soit un homme ou une femme, trouver cette personne sympathique, séduisante"</p> <p>M8 : "C'est plutôt avoir des atomes crochus"</p>

Nous avons retrouvé l'attraction psychologique et morale du médecin envers son ou sa patient(e) dans les romans de médecins (n = 1) et dans les interviews de médecins (n = 4) (tableau XXX).

4.9.1.3 La répulsion physique

Tableau XXXI : la répulsion physique du médecin envers son ou sa patient(e)		
Thèmes	Dans les romans de médecins	Dans les interviews de médecins
Vue	<p>Winckler, <i>La vacation</i> : "les grosses, les grasses, les bouffies, les totalement obèses"</p> <p>Reverzy, <i>Le Passage</i> : "peu remarquable au premier abord, sa malpropreté se révélait à mesure que je l'observais davantage ; un point noir marquait chaque pore ; l'ombilic était un puits obscur de saletés accumulées"</p> <p>Céline, <i>Voyage au bout de la nuit</i> : "Il en avait des dents bien mauvaises [...], rancies, brunies et haut cerclées de tartre verdâtre, une belle pyorrhée alvéolaire en somme. [...] Elles n'arrêtaient pas de venir juter les choses qu'il me racontait contre ces chicots sous les poussées d'une langue [...]. A maints minuscules endroits écorchée sa langue sur ses rebords saignants"</p>	<p>M3 : "Il vient à neuf heures du matin, il a le café au lait, il est sale"</p> <p>M4 : "Il y a des gens qui [...] ont des vêtements sales, qui se lavent jamais"</p> <p>M7 : "Si vous avez une personne qui est coupée en deux, dans un accident, c'est pas terrible, terrible, terrible, hein. On approche avec hésitation, de peur de voir ce qu'on peut voir"</p> <p>M8 : "Il y a eu aussi des morts, des constats de décès où ça fait trois semaines qu'ils sont là, bouffés par les vers au niveau du visage"</p>
Odorat	<p>Reverzy, <i>Le Passage</i> : "Je retins mon souffle à l'odeur de marécage de ce corps malade et malpropre"</p>	<p>M1 : "le pire SDF malodorant"</p> <p>M2 : "Moi je suis très sensible aux odeurs, alors ça me fait défaillir ! [...] Ressentir les odeurs de merde, de pus... Je me sentais défaillir quand on me gardait bien les trucs qui macéraient depuis vingt-quatre heures pour me les mettre sous le nez"</p> <p>M3 : "J'en ai un, il pue"</p> <p>M6 : "l'odeur que peut avoir un corps, ou tout ce qui sort d'un corps, quand tu rentres dans une chambre. [...] [les] matières, il y a aussi la chair infectée, la chair en putréfaction, [...] un membre traumatisé"</p> <p>M7 : "l'odeur, était quelque chose qui pouvait quelquefois me repousser; si c'étaient des odeurs [...] vraiment pestilentielles"</p> <p>M9 : "ça me fait penser à un patient qui [...] sentait vraiment très mauvais, qui était vraiment très très sale"</p>

Toucher	NA	M3 : "J'en ai un [...] il est sale. Tu sais, t'as pas envie de lui palper les pouls fémoraux, à celui-là" M8 : "il y en a qui sentent mauvais, qui sont gros, t'as pas envie de les toucher" M9 : "Quand je vais palper les aisselles, systématiquement, même si c'est une jeune fille de 25 ans, je mets des gants"
---------	----	--

Nous avons retrouvé des sentiments de répulsion physique éprouvés par des médecins dans leurs romans (n = 3) et dans la vraie vie que nous avons interviewés (n = 8) (tableau XXXI).

4.9.1.4 La répulsion psychologique et morale

Tableau XXXII : la répulsion morale et psychologique du médecin envers son ou sa patient(e)		
Thèmes	Dans les romans de médecins	Dans les interviews de médecins
Aversion envers la souffrance du patient	Winckler, <i>La Maladie de Sachs</i> : "ce jour-là, pour la première fois, j'ai éprouvé un sentiment effrayant, celui-là même que je viens de ressentir, juste avant de raccrocher au nez d'une autre ordure. Un sentiment de haine d'une puissance incontrôlable, qui me laisse tremblant chaque fois qu'il monte en moi"	M2 : "un jour, [...] je me suis retrouvée au lit d'un patient, où il fallait enlever un clou-broche. Et là, de lui voir serrer les dents, j'ai défailli. [...] sa souffrance est de l'ordre de l'insupportable"
Antipathie éprouvés envers le patient, son histoire ou ses propos	Marie Didier, <i>Contre-visite</i> : "Elle parle de ses pertes blanches. Non, elles ne sont pas tout à fait blanches, docteur [l'épouse]. Elles ont des traînées jaunâtres, renchérit [le mari]. Je les vois moi, docteur, sur sa culotte et je les ai senties, docteur, elles sont un peu poissonneuses"	M2 : "Les gens me racontent des horreurs qu'ils ont faites. Et là, ça me lève le cœur. Les gens par exemple qui ont fait les corvées de bois en Algérie, où en Indochine. Qui ont contribué à annihiler des villages entiers... Voyez, j'arrive même pas à le dire. Pas ça. Donc là, j'essaie de couper. Et là, je me sens pas bien costaud" M4 : "il y a des gens qui sont bêtes, ou incultes, ou méchants"

De même, nous avons retrouvé des sentiments de répulsion psychologique et morale éprouvés par des médecins dans leurs romans (n = 2) et dans la vraie vie que nous avons interviewés (n = 2) (tableau XXXII).

4.9.2 Du patient vers le médecin

Tableau XXXIII : signes d'attraction manifestés par des patients envers leur médecin		
Thèmes	Dans les romans de médecins	Dans les interviews de médecins
Regards	<p>Winckler, <i>La Maladie de Sachs</i> (la secrétaire de Sachs) : "la consultation dure longtemps [...]. Contrôle avec pose de stérilet [...]. Quand la porte s'ouvre à nouveau, je me retourne, je la vois sortir, très lentement devant lui. Elle le regarde, elle sort en le regardant"</p> <p>WC Williams, <i>Filles de fermiers</i>, <i>La fillette boutonneuse</i> : "je vis une fillette aux cheveux plats d'environ quinze ans qui mâchonnait de la gomme et curieusement me reluquait"</p>	<p>M3 : "J'ai un gars qui vient me voir régulièrement pour rien, je pense qu'il vient me voir parce qu'il veut me voir"</p>
Paroles, tentatives de séduction	<p>AJ Cronin, <i>La Citadelle</i> : "Mais Docteur... elle se laissa, contre son gré, reconduire à la porte où elle s'arrêta pour un dernier mot dit avec conviction : peut-être pourrais-je vous témoigner autrement ma reconnaissance ?"</p> <p>Beaulieu, <i>Alors voilà les 1001 vies des urgences</i> : "Madame Kosmou s'interrompt, me fixe, approche son visage du mien et crie : – Oh ! Qu'il est beau ! Mon Dieu, qu'il est beau ! [...] Je me réjouis de plaire à une mamie démente de quatre-vingt-neuf ans"</p>	<p>M1 : "Oui, ça arrive pas tous les jours, mais c'est fréquent"</p> <p>M2 : "Moi, j'ai connu des messieurs qui sont venus me dire... c'est plutôt l'inverse, je peux plus venir chez vous parce que, pour telle et telle raison"</p> <p>M3 : "moi, (rires) j'ai des mecs qui me... y compris un papy de 90 ans. Là, chaque fois il me fait le sketch : ah, mais elle monte la tension, c'est parce que vous me touchez !"</p> <p>M4 : "Une certaine réflexion. [...] J'ai senti, parfois, des petites approches"</p> <p>M7 : "il m'est arrivé que des patientes soient attirées, et aillent trop loin"</p> <p>M8 : "moi j'ai eu des patients qui [...] m'ont demandé de prendre un café avec eux, qui m'ont [...] dit que je suis jolie"</p> <p>M9 : "C'est arrivé une fois ouvertement, mais pas vraiment draguée. Je me souviens plus ce qu'il m'avait dit, c'était il y a un moment"</p>
Gestes	NA	<p>M4 : "On le voit un petit peu dans l'attitude des gens.[...] Il y a des gens qui [...] se déshabillent un peu trop facilement"</p> <p>M9 : "Mais par contre, des choses non dites, oui. Ça, c'est arrivé peut-être un petit peu plus, mais quand même, à la marge"</p>
Ecrits	NA	<p>M2 : "il nous a fait des poèmes à toutes les deux, c'était gênant [...]"</p>

		<i>sa femme était mortifiée, de jalousie"</i> M8 : <i>"des gens de tout âge qui vont m'envoyer des mails, [...] des mails coquins"</i>
--	--	---

Nous avons trouvé des signes d'attraction manifestés par des patients envers leur médecin dans les romans (n = 4) et les interviews de médecins (n = 7 ; 3 hommes et 4 femmes) (tableau XXXIII).

4.9.3 Dans tous les cas : une influence sur la relation et la prise en charge

Il existerait un risque réel que cette attraction-répulsion entre le médecin et son patient influe positivement ou négativement sur la prise en charge de ce dernier, les patients attrayants étant perçus comme plus « *faciles à soigner* » que les patients repoussants (M3, M4, M7). Le risque serait aussi que le médecin ou le patient mette unilatéralement fin à leur relation : « *Bon, il m'est arrivé que des patientes soient attirées, et aillent trop loin, et dans ces cas-là, j'ai arrêté de suivre ces patientes* » (M7) ; « *ce genre de cas, je dis : je suis très flattée, mais ça ne m'intéresse pas, j'ai un mari, j'ai des enfants, je suis heureuse dans ma vie, voilà. Et ça aboutit souvent au fait que le patient ne vient plus* » (M8).

4.10 Médecine narrative

Dans un souci de concision et pour rester en rapport avec les objectifs de notre recherche, nous n'avons pas exposé les résultats de nos entretiens sur la médecine narrative. Les lecteurs qui seraient intéressés par ces résultats sont invités à contacter les auteurs de l'étude pour les leur demander (coordonnées fournies p. 9).

5 Discussion

5.1 Discussions des résultats

Notre étude montre que notre échantillon de médecins dans la vraie vie en 2019 connaissent et ont lu dans leur majorité des écrivains-médecins, ce qui s'oppose à notre présupposé initial.

Cela peut indiquer que, contrairement à Charles Percy Snow et sa théorie des deux cultures (117), les médecins sont plus littéraires qu'on pourrait le penser a priori. Cela traduit aussi sans doute un réel intérêt de leur part pour les écrits littéraires de leurs confrères et consœurs.

Nos résultats indiquent également que les médecins autofictionnels dans la littérature d'hier et d'aujourd'hui, et les médecins dans la vraie vie en 2019, sont similaires sur certains points, et différents sur d'autres. Nous discutons dans ce qui suit des résultats de notre étude sur les sept thèmes d'analyse mentionnés plus haut.

5.1.1 La façon dont le médecin entre en relation avec son patient

5.1.1.1 Déterminants communs de toutes les relations médecin-patient

Les relations médecin-patient décrites dans les romans et les interviews de médecins partagent plusieurs dénominateurs communs : relation contractuelle ; lien de confiance ; médecin et patient se choisissent mutuellement ; possibilité de transferts et de contre-transferts. Comme exposé dans nos *Méthodes*, nous avons fait le choix délibéré de n'inclure dans notre étude que des écrivains-médecins afin d'avoir des personnages de médecins les plus réalistes possibles et les plus proches de leurs confrères dans la vraie vie. Cet objectif nous semble avoir été atteint. Il serait cependant intéressant d'étudier spécifiquement les fictions littéraires écrites par des écrivains non médecins, pour voir si les relations médecin-patient décrites dans ces œuvres partagent également ces caractéristiques.

5.1.1.2 L'émergence d'un nouvel acteur dans la relation médecin-patient : Internet

L'influence perçue d'Internet sur la relation médecin-patient est vue par les médecins de manière ambivalente aussi bien dans les romans que dans les interviews. On retrouve la même

ambivalence dans la littérature scientifique. Il semble cependant qu'il y a un consensus entre plusieurs publications sur les faits suivants. Une information de bonne qualité scientifique, et bien comprise par les patients, est bénéfique à la fois pour ces derniers et pour la relation de confiance médecin-patient. Une information de mauvaise qualité scientifique, ou de bonne qualité mais mal intégrée, s'avère néfaste à la fois pour les patients et pour la relation de confiance médecin-patient (121,122). Le Web n'apparaît pas être un obstacle pour cette relation dans les romans de Baptiste Beaulieu et de Jaddo. Une tentative d'explication peut être le fait que ces deux auteurs ont une activité de médecin blogueur importante sur leurs sites Internet respectifs (123,124). Martin Winckler quant à lui semble être résolument pour l'utilisation d'Internet comme moyen d'information du grand public sur la santé. Dans une citation de son roman *Le Chœur des femmes*, une jeune femme s'inquiète du risque de cancer cutané et pulmonaire induit par le papillomavirus humain. Inquiétude apparemment non prise en compte par sa gynécologue vue en consultation. Dans cet exemple, Internet semble à première vue une source d'information anxiogène. Winckler nous laisse deviner qu'aucune inquiétude de patient n'est illégitime ; qu'il va prendre en compte l'inquiétude de cette patiente et la rassurer grâce à un *chat* médical sur Internet. Cette stratégie à la fois médiatique et de médiation via l'utilisation d'Internet est nommée « *MédiAcine* » par Maximilian Gröne (9).

5.1.1.3 Une relation qui n'est pas une mais multiple

Concernant le type de relation médecin-patient mis en œuvre par un médecin donné, que ce soit dans les romans ou dans la vraie vie, nous nous attendions à ce qu'il y en ait un seul, ou du moins un qui soit prépondérant ; avec une préférence pour l'approche centrée sur le patient pour les médecins dans la vraie vie en 2019. Les médecins interrogés, plus que les romans de médecins, nous indiquent au contraire une variabilité de leurs relations avec leurs patients. Ils nous montrent qu'ils oscillent en permanence entre les trois types de relation déjà cités : paternaliste, centrée sur la maladie et centrée sur le patient. Cette variabilité intra-individuelle chez un même médecin concernant la relation médecin-patient a également été décrite par Mabeck et Kragstrup (125). D'après ces deux auteurs, une telle variabilité est nécessaire, et reflète la subjectivité du médecin. De plus, la difficulté de savoir quand adopter un type de relation plutôt qu'un autre, évoquée par un participant, est également exprimée dans leur article. Variabilité et subjectivité vont de pair avec la vision que la médecine est un art ; aucun médecin n'exerçant de manière identique à un autre. L'expression de « *singularité au pluriel* », formulée

par Jean Cocteau (126), pourrait tout à fait regrouper cette singularité et cette variabilité intrinsèques et indissociables du médecin.

5.1.1.4 Le paternalisme

5.1.1.4.1 Du paternalisme autoritaire au paternalisme bienveillant

De même, concernant le paternalisme, nous n'avions en tête que le paternalisme médical autoritaire et historique, dont un exemple très critiqué est le « *mensonge miséricordieux* », qu'on retrouve à plusieurs reprises dans *Le Passage* de Reverzy. D'autres romans écrits par des écrivains, pas forcément médecins, attestent de cette pratique : *Le grand métier*, troisième volume des *Hommes en blanc* d'André Soubiran (25), *La Mort d'Ivan Ilitch* de Léon Tolstoï (6), *Regarde les lis des champs* d'Érico Veríssimo (6). Romans et interviews de médecins nous montrent cependant qu'il existe une autre forme de paternalisme envers les patients, celui-là bienveillant, et qui n'aurait jamais cessé d'exister. Il s'agit d'un autre résultat inattendu, mais qui concorde avec la position exprimée par Christine Loignon et Alexandrine Boudreault-Fournier, sur la notion « *d'encadrement bienveillant* » (127). D'après les résultats de notre étude, dans le paternalisme bienveillant, le médecin s'autorise à exprimer son désaccord et ses émotions à son patient dans trois circonstances : 1/ le patient se met en danger, ou met en danger la vie de ses proches ; 2/ le patient ne respecte pas le temps ou l'avis que son médecin lui donne, ou la « *juste distance* » impartie par le second au premier ; 3/ le patient met systématiquement en échec le médecin. Mais contrairement au paternalisme autoritaire et finalement irrespectueux du patient, le paternalisme bienveillant met un point d'honneur à respecter en toute circonstance le patient. Ces émotions ont une valeur d'alerte inestimable pour le patient, qui est un être non seulement de raison, mais également d'émotions. Lorsque les données factuelles ne suffisent pas à convaincre, s'adresser au corps émotionnel peut représenter une forme irremplaçable, et autrement plus persuasive de communication. Rita Charon confirme que poussé à l'extrême, le modèle autonomiste risque d'inciter les médecins à ne pas prendre position, et donc abandonner leurs patients (8). Charon estime que les désaccords dans les relations de soins sont parfois inévitables, et que les médecins ne doivent pas avoir peur de ceux-ci, sans toutefois souscrire à une logique de confrontation (8). Il n'y a pas que l'autorité, l'aspect autoritaire dans le paternalisme. Il y a aussi le côté protecteur que représente le médecin pour son patient. Rita Charon l'évoque de la manière suivante : le médecin « *fait son travail en absorbant et en contenant la détresse singulière du patient* » (8). On peut faire un rapprochement intéressant entre cette phrase et le handling/holding parental en particulier maternel de Donald Winnicott.

Pour rappel, dans ce holding, c'est la relation dyadique mère-enfant et plus particulièrement l'amour de la mère pour son enfant qui permet la constitution progressive d'une enveloppe psychique et narcissique protectrice pour l'être en devenir. La mère offre une contenance protectrice pour son enfant (128). Pour Charon, il semble donc que le médecin puisse être investi d'une authentique qualité parentale de protecteur pour son patient, via cette contenance psychique habituellement donnée par les parents.

5.1.1.4.2 Le mensonge du médecin au patient

Concernant la place du mensonge dans la relation et la communication médecin-patient, on note une évolution entre la pratique médicale paternaliste du mensonge miséricordieux ou charitable du début du XX^e siècle (74), et la pratique médicale actuelle qui fait théoriquement de ce mensonge une exception très encadrée (73,75). Cependant, on peut se demander si ce mensonge très encadré ne constitue pas une réminiscence et une survivance du paternalisme. Par ailleurs, un écueil de notre étude est que nous n'avons pas interrogé spécifiquement les médecins interviewés sur la place du mensonge dans leurs pratiques de la médecine. Il serait intéressant de mener des études à grande échelle pour voir s'il y a un décalage entre la théorie – le mensonge médical est et doit demeurer une exception – et la réalité de la pratique médicale de nos jours, pour voir à quelle fréquence les médecins ont recours au mensonge et à la duperie dans leur communication avec les patients.

5.1.1.4.3 Les femmes médecins et la société

Le paternalisme renvoie également à une vision historiquement masculine ainsi que patriarcale du métier de médecin et de la société. D'après les résultats de notre étude, les femmes médecins avaient, et ont parfois encore à l'heure actuelle des difficultés pour asseoir leur autorité sur leurs patients, notamment masculins. Cela renvoie plus largement à la problématique des inégalités de sexe et leurs conséquences chez les médecins qui, si elles se sont beaucoup améliorées, perdurent encore pour certaines d'entre elles. L'accession des femmes au métier de médecin est toute récente : 1860 aux États-Unis, années 1870 en France (129). Aujourd'hui encore, les femmes médecins sont moins bien payées ; subissent des discriminations à l'embauche ; accèdent moins aux postes à responsabilités ; subissent plus d'intimidations, d'agressions, de remarques sexistes et de harcèlement sexuel que leurs confrères masculins (130-134). Or, certaines études indiquent pourtant que les femmes médecins soigneraient mieux leurs patients que les médecins hommes (135), et qu'elles seraient plus empathiques que les hommes (136).

Reflet également de la féminisation tardive du métier, on trouve en 2019 encore plus de noms de médecins-écrivains hommes, que de médecins-écrivains femmes (129), ce qui explique pourquoi il n'y a que deux femmes dans les écrivains-médecins sélectionnés dans notre étude. Cependant, on peut se demander si les femmes médecins-écrivains, par leur plus grande sensibilité ; parce qu'elles portent et donnent la vie, n'ont pas quelque chose à nous dire de plus que ne peuvent pas leurs homologues masculins. Quand bien même il s'agit d'un Martin Winckler exprimant le plus, de tous les auteurs masculins, sa part féminine dans *La vacation*. Comme l'écrit L.P. Fischer, les productions littéraires des femmes-médecins mériteraient une étude spécifique (129).

La variabilité des relations médecin-patient et la réhabilitation du paternalisme bienveillant nous incitent à pondérer et relativiser l'importance des modèles théoriques de la relation médecin-patient, position partagée par Clarke *et al.* (137), et Rita Charon (8).

5.1.1.5 De la relation centrée sur la maladie à la relation centrée sur le patient

5.1.1.5.1 Une évolution de la pensée médicale

On note une évolution de la pensée médicale sur la relation médecin-patient, entre celle qui est décrite dans deux romans écrits au début ou dans la première moitié du XX^e siècle, *Servitude humaine* de Somerset Maugham (1915) et *La Citadelle* d'AJ Cronin (1937), d'une part ; et la relation médecin-patient décrite dans les romans d'auteurs plus récents et contemporains²³, ainsi que par les médecins interviewés dans la vraie vie en 2019, d'autre part. Dans le premier cas, la relation médecin-patient décrite est principalement centrée sur le médecin ou sur la maladie. Dans le second, la relation médecin-patient décrite est de préférence l'approche centrée sur le patient ; résultat attendu. Nous remarquons deux exceptions à cela : *Vie des martyrs* (1917) de Georges Duhamel, *Place des angoisses* (1956) de Jean Reverzy. Dans ces deux dernières œuvres, l'empathie du médecin de fiction à l'égard de ses patients semble manifeste.

Comment interpréter et expliquer cette évolution ? Il faut savoir que le concept d'empathie a beaucoup évolué entre le début du XX^e siècle et aujourd'hui. À cette époque, les émotions du médecin en réponse à la souffrance de son patient étaient considérées comme une « menace à son objectivité ». L'empathie était alors considérée comme un concept purement cognitif, et non émotionnel ou sensoriel. D'où le concept à l'époque « d'inquiétude détachée » (69). Sir

²³ Tels que Martin Winckler, Marie Didier, Jaddo, Baptiste Beaulieu.

William Osler a ainsi publié un livre en 1927, *Aequanimitas*, dans lequel il appelait les médecins à restreindre et contenir leurs émotions (« *métriopathie* ») (69,138). Cela est totalement opposé à la vision actuelle dans laquelle les émotions du médecin sont reconnues comme un substrat à la fois normal et indispensable de son empathie (33). Ainsi, il apparaît qu'il y a eu une prise de conscience collective sur la nécessité d'une empathie clinique à la fois cognitive et émotionnelle. Le changement de paradigme sur la relation médecin-patient, en faveur de l'approche centrée sur le patient, a été rendu possible grâce à des efforts académiques et institutionnels internationaux (139,140), mais aussi probablement grâce à la littérature engagée sur laquelle s'est penchée notre étude. En effet, en France, Marie Didier et Martin Winckler, à travers leurs œuvres, font figure d'ardents défenseurs et promoteurs des soins centrés sur la personne. Leurs romans ont probablement autant contribué à cette évolution qu'ils s'en sont faits l'écho et l'éclatante manifestation. Si Georges Duhamel et Jean Reverzy semblent constituer des modèles avant l'heure d'approche centrée sur le patient, c'est que l'empathie est une qualité avant tout individu-dépendante (29). On peut se demander aussi si ces deux écrivains n'ont pas quelque part écrit leurs œuvres respectives comme une opposition consciente ou inconsciente à la mentalité médicale de leur époque, qui accordait moins d'importance qu'aujourd'hui aux émotions des patients.

5.1.1.5.2 Notion de juste distance

L'approche centrée sur le patient implique cependant une « *juste distance* » entre le médecin et son patient. Cette notion de juste distance est parfois abolie dans les fictions littéraires (chez Winckler et Marie Didier), alors que les médecins interviewés déclarent toujours la mettre en œuvre. Les romans étudiés de Martin Winckler et Marie Didier décrivent en effet des personnages principaux de médecins (Bruno Sachs, et le double littéraire de Didier) hyper-empathiques, émotionnellement fusionnels avec leurs patients. Le fait d'être confronté aux souffrances et aux décès de leurs patients semble être à l'origine chez eux d'un syndrome anxio-dépressif, et d'une véritable *fatigue compassionnelle*, concept qui regroupe à la fois le *burning-out* et l'état de stress post-traumatique (90)²⁴. En cela, ces deux médecins de fiction apparaissent malades de leur excès d'empathie, d'où probablement le titre de *La Maladie de Sachs* pour un des célèbres romans de Winckler. Les risques psychologiques pour le soignant d'une mauvaise distance professionnelle avec les patients, au sens d'un investissement émotionnel trop important, ont également été décrit par Gyger *et al.* (64), Barthel (65), Ranasinghe Arachchige

²⁴ Pour plus d'informations sur la « *fatigue compassionnelle* » et la définition du *burnout*, se reporter à la Recherche documentaire contextuelle et conceptuelle, p. 24.

(66), et Pétermann (67). En dehors même de tout cadre professionnel, le fait pour un individu d'avoir des niveaux extrêmes d'empathie constituerait pour lui une « *force risquée* », car l'exposant davantage à des troubles anxieux et/ou dépressifs (141) ; d'autant plus qu'un tel niveau d'empathie le rendrait davantage sensible aux émotions négatives telles que la tristesse et la peur (142). A noter que d'après Gyger *et al.* (64) et Zenasni *et al.* (143), une mauvaise distance professionnelle peut conduire au burnout, et un burnout peut inversement conduire à une mauvaise distance professionnelle, au sens d'un détachement et d'une froideur émotionnels. L'excès d'empathie apparaît non seulement préjudiciable aux médecins, mais aussi aux patients, qui n'ont plus toute la disponibilité émotionnelle de leur médecin, et craignent d'être moins bien soignés. D'où la nécessité d'une empathie clinique juste et optimale, dans laquelle le soignant reste sensible aux émotions de son patient, tout en prenant garde à distinguer le *Moi* du *Toi* (33,143).

5.1.1.5.3 L'asymétrie de la relation médecin-patient

L'asymétrie entre le médecin et le patient apparaît dans les romans et les interviews de médecins non seulement comme une chose inévitable, mais aussi comme une nécessité pour le bien du patient, du médecin et de leur relation mutuelle. D'après eux, un médecin ne doit pas (trop) montrer ses failles, fragilités, vulnérabilité à ses patients, sous peine de se décrédibiliser à leurs yeux et d'anéantir la relation de confiance médecin-patient. Cette hypothèse est confirmée par Gérard Danou, qui estime que le médecin « *compromet l'efficacité de la relation soignante s'il montre le défaut de sa cuirasse* » (7). Par ailleurs, cette asymétrie entre en conflit apparent avec l'approche centrée sur le patient, qui souhaite égaliser les rapports entre médecins et patients. Pilnick et Dingwall estiment toutefois, allant dans le sens de nos résultats, que cette asymétrie, profondément enracinée dans la nature même de la médecine, est en partie irréductible (144). Selon eux, cette asymétrie est duelle : en termes de condition ou d'état de santé, d'une part ; de tâche, d'autre part. Le travail du médecin, pour étayer son diagnostic ou sa prise en charge, consiste justement à questionner, enquêter et prendre des décisions, afin d'établir les pistes d'actions possibles (144). Un autre élément d'asymétrie survient lors de l'examen clinique, lorsque le patient est plus ou moins dévêtu, assis ou allongé, et que le médecin se tient debout à sa proximité immédiate, « *[transgressant] les règles sociales de distance* » usuelles (68). Une certaine passivité du patient serait donc fondamentalement présente, et les approches voulant gommer toutes les inégalités entre médecins et patients, vouées à un probable échec (144).

5.1.1.5.4 **Portée et limites de l'approche centrée sur le patient**

Les médecins dans la vraie vie en 2019 semblent plus critiques de l'approche centrée sur le patient que certains médecins-écrivains (Winckler, Marie Didier, Jaddo) qui s'en font les chantres et les laudateurs convaincus. Notamment sur quatre points : l'empathie est une qualité innée avant d'être acquise ; non-savoir absolu du médecin sur l'expérience de la maladie vécue par le patient ; trop d'empathie rend le médecin perméable à la souffrance du patient ; l'approche centrée sur le patient ne peut pas toujours être appliquée à tous les patients. Nous avons discuté plus haut du troisième point. Concernant le quatrième point, Cvengros *et al.* (145) de même que Dubbin *et al.* (146) ont montré dans leurs études respectives qu'une correspondance entre le style du patient et le style du médecin permet d'obtenir de meilleurs résultats, en termes de satisfaction relationnelle (145,146) et d'observance du traitement (145). D'autres critiques, que notre étude ne met pas en évidence, sont formulées à l'égard de l'approche centrée sur le patient. La proportion de patients qui pourraient bénéficier de cette approche ne serait pas si importante qu'attendue (147), limitée par des facteurs et des inégalités socioculturels (146). Les notions médicales scientifiques seraient difficiles à vulgariser aux profanes (147). De plus, en incitant le médecin à s'effacer devant la position ou les desiderata du patient, l'approche centrée sur le patient risque de générer chez le médecin des conflits de conscience en le confrontant à de potentiels risques médico-légaux. Cela serait aggravé par le fait que toute prise de position de la part du médecin pourrait être assimilée à une coercition (147). D'après Charles W. Lidz, l'approche centrée sur le patient devrait donc être limitée aux patients qui ont la capacité ou la volonté de prendre des décisions médicales les concernant (147). Une autre critique de l'approche centrée sur le patient est celle que ce serait un modèle foncièrement consumériste et individualiste (148). Les patients seraient incités à avoir une philosophie d'ayants droit égoïstes plutôt qu'altruistes. Plutôt qu'une approche centrée sur le patient, Reba Peoples, psychiatre américaine, lui préfère le concept d'approche centrée sur la relation médecin-patient (148).

5.1.2 **Souffrances ordinaires des patients et rôle de psychologue du médecin**

5.1.2.1 **Souffrances ordinaires des patients**

Les médecins interviewés ont estimé que les souffrances ordinaires de leurs patients représentaient quelque chose d'extrêmement fréquent et prévalent dans leurs pratiques de la médecine. De par son caractère à la fois globalisant et singularisant, l'expression « *souffrance ordinaire* » nous apparaît répondre aussi au concept de singularité plurielle. D'après les romans

et les interviews de médecins, la souffrance ordinaire n'est pas seulement psychique, elle est également physique et sociale. Cela rejoint l'unicité du soma et de la psyché, historiquement et philosophiquement conceptualisée par Spinoza (8), reprise dans le modèle bio-psycho-social d'Engel (149).

On constate une évolution de la souffrance ordinaire perçue par les médecins, entre les romans de médecins les plus anciens d'une part, et les romans de médecins les plus récents et les médecins interviewés dans la vraie vie en 2019, d'autre part. Les premiers (romans écrits dans la première moitié du XX^e siècle) décrivent abondamment la misère et la pauvreté de bon nombre de malades. Les deuxièmes ne décrivent plus autant cette pauvreté, et s'attachent davantage à décrire les peines intimes et personnelles de leurs patients, avec un thème émergent qui ne figurait pas dans les romans les plus anciens, la souffrance au travail. Cette évolution peut être expliquée par les éléments suivants :

- l'amélioration du niveau de vie, le développement des systèmes de protection sociale, et l'augmentation continue de la productivité ;
- l'évolution historique de la relation médecin-patient, en faveur des soins centrés sur la personne ;
- une focalisation plus importante sur le personnage du médecin dans les ouvrages les plus anciens, et sur les personnages de patients dans les ouvrages les plus récents. Un des signes le plus manifeste de cette évolution est le basculement d'un narrateur médecin ou extérieur, à des narrateurs patients dans les ouvrages de Martin Winckler.

Ils semble donc qu'il y ait eu une réelle évolution positive de la pensée médicale, dans le sens de plus de reconnaissance et de prise en compte des souffrances ordinaires des patients.

5.1.2.2 Rôle de psychologue du médecin

5.1.2.2.1 Un résultat de notre étude retrouvé dans la littérature scientifique

Concernant le rôle de psychologue de première ligne et officieux du médecin, surtout généraliste, face à ces souffrances ordinaires, ce sont les auteurs les plus récents, et tous les médecins interrogés, qui apparaissent se reconnaître plus ou moins dans ce rôle. Ce rôle de premier contact du médecin généraliste avec les souffrances ordinaires et notamment psychologiques des patients, plusieurs études le confirment (150,151). Des études britannique (152) et australienne (153) ont ainsi établi respectivement à 40 % et 61 % la part des patients en souffrance psychique vus en consultation de médecine générale.

Comme un participant l'a évoqué, les problèmes de souffrance psychologique ne devraient pas concerner que les médecins généralistes, mais aussi les médecins spécialistes, point de vue partagé par Feldman *et al.* (154).

Seule une minorité des médecins interviewés dans notre étude se sont estimés capables de gérer seuls les problèmes psychologiques de leurs patients. Pour Jaddo et la plupart des médecins interviewés, ce rôle leur apparaît difficile. Ils se sentent en effet facilement démunis et inconfortables pour gérer de tels problèmes. Le manque de formation à la psychologie et le manque de temps des médecins apparaissent comme les deux principaux facteurs limitants à leur auto-reconnaissance dans ce rôle de psychologue officieux. Les médecins interviewés disent collaborer avec les professionnels de l'écoute que sont les psychologues et les psychiatres. Des résultats similaires a été retrouvés dans les études de Rosenthal *et al.* (150), Grenier *et al.* (155), Ydema et Valli (156).

Dans les ressources du médecin pour faire face à ces souffrances ordinaires, d'après nos entretiens, il y a l'ancienneté de la relation nouée entre un médecin et son patient. Cependant, une étude de Ridd *et al.* a infirmé cette hypothèse (157). Dans ce que peut faire le médecin généraliste face à cette souffrance ordinaire, un autre résultat, le fait d'accorder des consultations longues, a en revanche été mis en avant dans l'étude de Stirling *et al.* (152).

Dans les facteurs qui favorisent le recours aux médecins généralistes comme psychologues de premier recours, le non-remboursement des consultations de psychologie apparaît aussi dans les études de Rosenthal *et al.* (150), Grenier *et al.* (155), et la stigmatisation sociale des troubles psychologiques dans l'étude de Solano *et al.* (158). Nous n'avons pas retrouvé la raréfaction des curés comme facteur favorisant dans d'autres publications scientifiques.

Le processus de délégation des patients atteints de problèmes psychologiques aux psychologues et aux psychiatres est en revanche largement documenté et retrouvé dans la littérature (150,151, 155,156,158-160).

Nos résultats soulèvent plusieurs interrogations.

5.1.2.2.2 Les médecins sont-ils effectivement peu formés à la psychologie ?

D'après Wade Pickren, l'intégration de la psychologie dans l'enseignement de la médecine aux États-Unis serait modeste et relativement récente, datant du dernier tiers du XX^e siècle (161). Lucien Israël, Antoine Bioy et Henri-Pierre Bass donnent des conclusions similaires pour le cas français (162-164).

5.1.2.2.3 Pourquoi les médecins sont-ils peu formés à la psychologie ?

Nous avons trouvé deux explications à cela dans la littérature. Premièrement, l'intérêt plus grand porté aux sciences fondamentales, et notamment la biologie, au détriment des aspects psychologiques et relationnels (158,161). Deuxièmement, des désaccords de fond entre les médecins et les psychologues sur le contenu de la formation psychologique dispensée aux médecins (161).

5.1.2.2.4 Qu'est-ce qui a été fait en France pour répondre à ce problème ?

En France, depuis plusieurs années et plus particulièrement depuis la création de la filière universitaire de médecine générale en 2007 (165), la formation des internes de médecine générale aux aspects psychologiques de la relation médecin-patient est particulièrement développée à travers les GEASP, dérivés des groupes Balint, et l'écriture narrative subjective : vignettes cliniques et RSCA, comparables aux dossiers parallèles de Charon (8). Peut-être que ces efforts n'ont pas encore donné leur fruit, au moment où l'étude a été menée, expliquant au moins en partie le sentiment prédominant de manque de formation à la psychologie. Cependant, nous notons deux limitations potentielles à l'efficacité des GEASP. Premièrement, contrairement aux groupes Balint originaux, les médecins leaders des GEASP ne sont pas psychiatres, ni (généralement) formés à la psychanalyse. Deuxièmement, les internes en médecine générale sont susceptibles de résister psychologiquement aux changements dont ils sont censés bénéficier grâce à la fréquentation des GEASP (24).

5.1.2.2.5 Qu'est-ce qui a été fait dans les autres pays pour répondre à ce problème ?

De nombreuses publications ont été publiées dans le monde anglo-saxon, sur l'importance de l'assistance psychologique fournie par les médecins généralistes aux patients. Aux États-Unis, en 1986, Marian R. Stuart et Joseph A. Lieberman III, respectivement psychologue et médecin de famille, ont publié un livre, *The fifteen minute hour: Applied psychotherapy for the primary care physician* (*Une heure en quinze minutes: psychothérapie appliquée pour le médecin de premier recours*), dont il n'existe pas de traduction française (166). Dans ce livre, ils ont exposé les principes d'une psychothérapie brève pouvant être appliquée en cinq minutes par les médecins généralistes au cours de leurs consultations, la technique BATHE (167,168).

Il s'agit d'un acronyme pour :

B : *Background*, le contexte : « *Quelque chose ne va pas ? Pouvez-vous m'en parler ?* »
A : *Affect*, le retentissement émotionnel : « *Comment vivez-vous cela ?* »
T : *Trouble*, les difficultés ou problèmes ressentis : « *Qu'est-ce qui vous perturbe le plus ?* »
H : *Handling*, la façon dont le patient fait face : « *Comment gérez-vous cela ?* ».
E : *Empathy*, le médecin montre son empathie à travers une phrase : « *Cela doit être très difficile pour vous* »

Les indications de la technique BATHE sont les problèmes psychosociaux en général. Ses contre-indications sont : les patients opposants, suicidaires, victimes de violences intra familiales et/ou sexuelles ; les toxicomanies, les troubles psychotiques, les troubles de la personnalité (167,169). Des études ont montré que cette technique est temps-efficace²⁵. De plus, ses effets peuvent être potentialisés et majorés par sa réutilisation lors de plusieurs consultations de suivi ultérieures. En outre, elle réduirait la dépendance psychologique des patients à l'égard de leur médecin généraliste ; préoccupation initialement soulevée par une de nos participantes (168).

Une autre technique intéressante est la méthode DIG. Elle a été créée au Canada par Vincent H.K Poon, médecin de famille et docteur en psychologie (167). Il s'agit d'une thérapie centrée sur la solution, qui nécessite un peu plus de temps pour être mise en œuvre par le médecin généraliste : environ 15 minutes (167). Il s'agit d'un acronyme pour :

D : *Dream the miracle*, rêver au miracle.
I : *Initiate the first small step*, initier la première petite étape
G : *Get going, and implement the first move*, aller de l'avant et mettre en œuvre le premier geste

D : Il s'agit tout d'abord de projeter le patient dans une situation hypothétique où son problème serait « comme par miracle » résolu, en lui demandant qu'est-ce qui aurait changé, et qu'est-ce qui lui ferait penser cela.

I : Pour que le rêve devienne réalité, il s'agit de stimuler l'imagination du patient, et d'exploiter les ressources en lui, pour imaginer la première petite étape qui pourrait lui permettre de résoudre son

²⁵ La plupart sont de faible niveau de preuve (170-171), sauf un essai randomisé contrôlé, cependant réalisé sur un faible effectif, de seulement 25 patients (172).

problème. Dans cette étape, le médecin aide indirectement le patient à se remettre en cause, sans le blâmer, le juger ni prendre parti pour qui que ce soit.

G : Enfin, le médecin aide son patient à s'engager et à passer concrètement à l'action, via un renforcement positif.

Les contre-indications de cette technique sont l'instabilité psychologique et l'incapacité du patient à définir des buts (167). Nous n'avons pas trouvé d'étude visant à tester dans des conditions réelles cette technique dans le domaine de la médecine générale. Il manque donc des preuves pour étayer formellement son utilisation et la faire recommander comme technique de psychothérapie valable pour le médecin généraliste. Mais son concept apparaît extrêmement intéressant, car ayant manifestement des liens très forts avec l'approche centrée sur la personne, et les techniques d'entretien motivationnel. En effet, dans toutes ces approches conceptuelles, on considère que *la réponse est dans le patient*, et que le médecin doit se contenter d'aider, de guider son patient pour le faire « accoucher » de « *la bonne réponse* ». De ce point de vue-là, on pourrait tout à fait rapprocher l'ACP, les techniques d'entretien motivationnel, et les psychothérapies BATHE et DIG de la maïeutique socratique (173,174).

5.1.3 Les médecins mentors et modèles

Les médecins autofictionnels dans les romans et les médecins interviewés dans la vraie vie en 2019 décrivent différentes qualités, ou *modèles de rôle*, ayant contribué positivement à leur formation professionnelle.

Le thème des médecins dans la fiction littéraire représentant des modèles de rôle positifs pour d'autres médecins, ceux-là en chair et en os, a également été étudié dans la thèse de Céline Grimshaw (11).

Concernant les médecins dans la vraie vie, une littérature scientifique relativement abondante confirme l'importance respective du mentorat (175-178) et des modèles de rôle (179-186) dans la formation, la professionnalisation et la socialisation informelles des médecins ; retrouvant des modèles de rôle similaires à ceux mis en évidence dans notre étude. Plus particulièrement, les modèles de rôle joueraient un rôle proéminent, mais relativement méconnu et échappant à toute standardisation, dans le cursus caché des médecins en formation (*hidden curriculum*) (187). Les modèles de rôle participeraient à la constitution de l'identité professionnelle des futurs médecins, en influençant leurs attitudes, leurs comportements, leurs choix de carrière, et en leur transmettant des valeurs éthiques, morales et professionnelles qui fondent le métier de médecin (180,183,184), dont l'empathie (186). Ces modélisations de rôle sont en rapport avec

des questions d'importance cruciale : *Quelle médecine je veux faire ? Quel médecin je veux être ?* Les modèles de rôle façonnent positivement ou négativement les futurs médecins (180,184,185). En ce sens, les Facultés de médecine pourraient prendre en compte la capacité des médecins enseignants et/ou maîtres de stage à incarner positivement des modèles de rôle pour leurs étudiants, dans leur choix de recrutement de ces médecins.

Cependant, une limitation de notre étude est que nous n'avons interviewé que des médecins thésés, dont la formation théorique et pratique initiale était donc achevée. Il pourrait être intéressant de comparer, grâce à des études qualitatives, les modèles de rôle à différents niveaux chronologiques des études médicales : étudiants en médecine, externes, internes ; et dans différents internats de spécialité, pour déterminer si ces modèles de rôle sont toujours les mêmes ou évoluent.

5.1.4 *Le médecin héros ou sauveur*

La question de l'héroïsme personnel du médecin est majoritairement niée par les médecins interviewés. Les médecins autofictionnels dans la littérature et les médecins dans la vraie vie en 2019 se reconnaissent toutefois indirectement cette qualité, à travers leurs gestes héroïques et salvateurs.

Le thème du médecin héros dans les fictions littéraires a également été abordé dans les études de Céline Grimshaw (11), Wilbank (188), Löwy (189).

On retrouve le thème de l'héroïsme médical ailleurs dans la littérature scientifique dans les biographies de médecins du XIX^e siècle (190-192), et dans les journaux médicaux des XIX^e et du début du XX^e siècles (193-195). Ces biographies et ces journaux mettent en valeur des médecins pionniers, auteurs de découvertes scientifiques majeures et novatrices tels que Virchow. Ils décrivent aussi les médecins militaires (196) et les médecins sanitaires ou hygiénistes, dont beaucoup sont morts en combattant les épidémies de typhus, choléra et variole. L'héroïsme du médecin s'illustre alors par son altruisme, son dévouement et son sens du sacrifice, qualités qui continuent encore au moins en partie à guider l'idéal médical de nos jours (197). Aujourd'hui, le métier de médecin est globalement moins risqué, sauf par exemple lors de maladies infectieuses et épidémiques émergentes, comme le SRAS (198). Par ailleurs, des actes médicaux et/ou chirurgicaux considérés hier comme très risqués et révolutionnaires sont aujourd'hui effectués de manière routinière. Cela explique peut-être la diminution du sentiment d'héroïsme que les médecins s'accordent à eux-mêmes.

Ailleurs dans la littérature scientifique, les médecins dans la vraie vie semblent également rechigner à se reconnaître personnellement comme des héros, car nous n'avons pas trouvé de publication ou d'étude qualitative sur cette question. En revanche, les étudiants en médecine et les médecins confirmés reconnaissent comme héros certains de leurs professeurs ou mentors actuels ou passés (185,199), leurs collègues, qu'il soient médecins ou non, les patients (199), et leurs familles (200). Cela rejoint les résultats de notre étude sur la notion d'héroïsme dilué et partagé du médecin. La question de l'héroïsme personnel du médecin semble donc être une réalité informelle et taboue.

Les raisons avancées par nos médecins interviewés pour expliquer leur refus de se reconnaître personnellement comme des héros sont notamment le caractère politiquement incorrect de cette vision, et le fait que c'est la médecine qui est héroïque et non la personne du médecin. Concernant le caractère politiquement incorrect du médecin : un héros, en France cela est peut-être dû à la philosophie politique du jacobinisme, qui accorde une grande importance à l'égalité entre les citoyens (201). À première vue, seule la société aurait le droit de décrire les médecins comme des héros, par exemple dans les fictions télévisuelles, sur le grand ou le petit écran (202). Par ailleurs, une autre critique du concept de médecin héros, qui ne figure pas dans nos résultats, c'est la dualité en même temps que l'antinomie entre une vision *masculine*, héroïque, guerrière, hiérarchique ; et une vision *féminine*, holistique, pacifique, collaborative et écologique du métier de médecin (196,203). À travers le thème du médecin héros, c'est plus largement la façon dont le médecin entre en relation avec son patient qui s'exprime. Soit le médecin est centré sur sa personne, et il trouvera valorisant pour sa personne d'avoir fait le bon diagnostic, ou conduit le bon traitement. Soit le médecin est centré sur son patient, et c'est alors uniquement le bien-être de ce dernier qui le satisfera. Fait remarquable, aucune des médecins écrivains femmes ne s'est elle-même décernée les attributs d'une héroïne majeure en ayant recours à la rhétorique guerrière de Boulgakov et William Carlos Williams.

Dans leur majorité, les médecins généralistes actuels ne se reconnaissent pas dans le rôle de héros décrit par leurs confrères plus anciens, Boulgakov et AJ Cronin. Le fait que la médecine générale n'a plus, ou beaucoup moins, la dimension héroïque qui caractérisait les généralistes ruraux isolés du début du XX^e siècle, si bien décrits par ces deux auteurs, du fait d'un rôle désormais principalement préventif et non plus curatif, et de la délégation des actes à risque aux autres spécialités, notamment hospitalières, explique peut-être la crise de la médecine générale libérale, qui est entre autres une crise des vocations, et la plus grande attractivité des autres spécialités, possiblement vues comme « *plus héroïques* ».

La fiction littéraire apparaît donc être le moyen idéal pour les écrivains médecins de relater leurs sentiments personnels d'héroïsme, sans crainte d'être (excessivement) jugés par la société. Des études qualitatives pourraient être ainsi menées pour questionner les étudiants et les internes en médecine et chirurgie sur leurs perceptions de l'héroïsme informel attaché aux différentes spécialités médico-chirurgicales, et l'influence de ces perceptions dans leurs souhaits ou leurs choix de carrière.

5.1.5 Les médecins anti modèles et contre-exemples

Les médecins de fiction dans la littérature et les médecins dans la vraie vie en 2019 partagent le fait d'avoir des médecins anti modèles, ou *modèles de rôle négatifs*, du fait de leurs attitudes envers les patients et/ou leurs collègues.

Les médecins modèles de rôle négatifs dans les fictions littéraires ont aussi été étudiés dans la thèse de Céline Grimshaw (11).

Le cas particulier du thème des médecins anti modèles dans les romans de Martin Winckler nécessite un commentaire. Si Martin Winckler est un auteur très controversé, c'est justement du fait de ses critiques récurrentes envers les mauvaises pratiques réelles ou supposées de ses confrères dans ses romans, et de la prédilection dans ces derniers des thèmes de la maltraitance médicale et des violences gynécologiques et obstétricales. Dans l'œuvre littéraire de Winckler, le thème des médecins anti modèles atteint vraisemblablement son paroxysme dans son livre *Brutes en Blanc*, ouvrage polémique que nous n'avons cependant pas lu ni analysé (204). Suite à la publication de cet ouvrage, le Conseil national de l'Ordre des médecins est monté au créneau pour défendre l'image publique des médecins, considérant que Martin Winckler avait fait le choix « *de la caricature et de l'amalgame pour assurer la publicité de ces écrits* » (205). Pour notre part, nous nous contenterons de discuter de manière critique d'un des aspects du contenu d'un roman de Martin Winckler, que nous avons lu et analysé, *Le Chœur des femmes*. Dans cet ouvrage, là où Martin Winckler surprend le lecteur, c'est que sa critique des mauvaises pratiques réelles ou supposées de ses confrères, vise exclusivement les médecins spécialistes, hospitaliers ou libéraux. A leur égard, il avoue « *conchier la confraternité* » (p. 431). Or ses critiques épargnent les médecins généralistes, dont certains ne sont pourtant pas exempts de comportements discutables, voire de fautes professionnelles. A lire Winckler, on a l'impression que tout est noir ou blanc, qu'il y a les saints – généralistes et rares spécialistes – d'un côté, et les salauds de l'autre – tous les autres spécialistes. Or, cette vision est bien évidemment une

injustice à la vérité, car trop manichéenne et partielle. Winckler montrerait-il une certaine forme de jalousie vis-à-vis de ses confrères spécialistes ? Si tel était le cas, on pourrait lui rétorquer qu'en France, le concours de l'internat, devenu ECN puis ECNi, est basé sur le mérite, certes académique, mais garantissant une véritable méritocratie. Et que par ailleurs, médecins des soins primaires et spécialistes sont étroitement complémentaires, n'ayant réciproquement pas les compétences ni des uns ni des autres, et que c'est de l'amélioration des relations entre eux que peut découler une meilleure prise en charge des patients, seul objectif éthiquement valable. Concernant la prééminence des modèles de rôle négatifs dans les romans de Martin Winckler, c'est probablement la fusion émotionnelle du médecin avec ses patients que nous avons décrite plus haut qui opère là encore. L'auteur embrasse sans réserve et sans condition les points de vue de ses patients, au risque de perdre en objectivité. Cependant, nous n'avons pas à nous prononcer sur la pertinence des thèmes choisis par Martin Winckler dans ses romans. À cet égard, les fictions littéraires semblent comme pour l'héroïsme, un moyen idéal pour les écrivains-médecins de décrire leurs anti modèles et leur modèles de rôle négatifs, sans crainte d'un jugement excessif de la part de leurs confrères et de la société.

Concernant les médecins dans la vraie vie, nous retrouvons dans la littérature scientifique des modèles de rôle négatifs similaires à ceux que nous avons mis en évidence dans notre étude (184,185,206). Plusieurs points méritent cependant d'être soulignés.

Aucun de nos médecins interviewés n'a révélé avoir eu de modèle de rôle cliniquement incompetent. Cela est discordant avec les résultats d'autres études (184,185). On peut interpréter cette discordance de plusieurs manières. Soit ces médecins n'ont effectivement jamais connu de modèle de rôle cliniquement incompetent. Soit ils ont en eu, mais n'ont pas souhaité nous en parler, car considérant de telles révélations comme une atteinte à la confraternité. C'est peut-être aussi parce que, contrairement par exemple à l'étude de Yazigi *et al.* (206), nous n'avons interviewé que des médecins thésés, exerçant déjà depuis plusieurs années, et donc peut-être moins enclins que les étudiants et les internes en médecine à critiquer négativement leurs ex-professeurs et leurs ex-supérieurs hiérarchiques. Enfin, il est possible que nous n'ayons pas suffisamment insisté sur ce point lors de nos entretiens.

Nous n'avons pas retrouvé directement en tant que tel le thème des médecins affairistes dans la littérature scientifique, mais indirectement sous l'appellation « *modèles de rôles non éthiques* » (184). De même, nous n'avons pas retrouvé dans d'autres études le thème des médecins spécialistes qui méprisent le travail du médecin généraliste formulé de cette façon, mais

indirectement à travers les commentaires négatifs adressés aux étudiants en médecine sur le choix de certaines spécialités comme la médecine générale (207).

Nos résultats ne comprennent pas le thème du « *mauvais enseignant* » comme modèle de rôle négatif, mis en évidence dans deux études (185,206), ou sinon indirectement à travers celui du médecin anti confraternel à l'égard de son interne. On retrouve en revanche largement ce dernier thème dans la littérature scientifique (184,185,206,208).

Là encore, toutes ces différences peuvent être expliquées par le fait que nous n'avons interviewé que des médecins thésés, et non des étudiants ou des internes en médecine.

Les médecins anti modèles, ou modèles de rôle négatifs, nous paraissent ainsi, au même titre que leurs équivalents positifs, questionner et déterminer l'identité professionnelle des futurs médecins. Ils interpellent le médecin en devenir sur deux questions. *Quel médecin je ne veux pas être ? Quelle médecine je ne veux pas faire ?*

5.1.6 Le médecin, un être humain comme les autres

5.1.6.1 Qui

Concernant le thème du médecin : *un être humain comme les autres*, en termes de fragilité, faiblesse et vulnérabilité psychologiques, cette caractéristique est partagée par les médecins autofictionnels dans la littérature et par les médecins dans la vraie vie en 2019.

Les données de notre étude suggèrent les composantes de cette fragilité psychologique des médecins :

- regrets, culpabilité, deuil des patients, conflits intrapsychiques, doutes, dilemmes éthiques
- fatigue compassionnelle
- troubles psychologiques (anxiété, dépression), addictions, suicides
- failles intimes et personnelles, par exemple retentissement péjoratif sur la vie affective et amoureuse.

On retrouve des composantes similaires de la fragilité psychologique des médecins dans la littérature scientifique : regrets, culpabilité, deuil des patients, conflits intrapsychiques, doutes, dilemmes éthiques des médecins (8,209-211) ; fatigue compassionnelle (90,212) ; troubles psychologiques : anxiété, dépression (213-216) ; addictions (217-219) ; suicides (220,221) ; failles intimes et personnelles des médecins, par exemple retentissement péjoratif sur leur vie affective et amoureuse (222).

Cependant, il semble plus facile aux médecins-écrivains de dévoiler leurs doutes et leurs faiblesses psychologiques dans leurs écrits littéraires, qu'aux médecins dans la vraie vie en 2019 de les montrer publiquement à leurs patients. Cela va dans le sens d'un des résultats de notre analyse comparative romans-interviews, d'après lequel le médecin n'a pas (ou ne se donne pas) le droit d'afficher ni de montrer ouvertement ses défauts et ses faiblesses à ses patients. Ce qu'aucun médecin interrogé n'a remarqué cependant, c'est que la littérature et la fiction autorisent justement le médecin à afficher ses faiblesses et ses défauts.

Martin Winckler (25) et Linda Gask (89) confirment que la fiction littéraire représente en effet un moyen idéal et approprié pour les médecins de dévoiler leurs fragilités intérieures. Julia Pröll évoque les médecins-écrivains cherchant à « *détrôner* » et « *démystifier l'image* » des « *demi-Dieux en blanc* », tels que Reverzy ou Winckler, qui se décrivent volontiers comme des « *être[s] fatigué[s] et tourmenté[s], souvent rendu[s] malade[s] par [leur] métier* » (9). À quoi répond ce besoin, quelles en sont les fonctions au juste ? Le fait qu'un médecin écrive sur ses défauts et ses fragilités participe à une double fonction. D'une part, cela répond à un besoin purement individuel : il s'agit d'un travail sur soi, source d'humanité et d'humilité. D'autre part, cela répond à un besoin altruiste : le médecin-écrivain envoie un message aux autres, notamment les patients, pour leur montrer qu'il partage leur condition humaine (9,223). Les romans autobiographiques de médecins revêtent donc le rôle d'une littérature engagée également grâce à ce dernier aspect, qui a pour but le rapprochement des médecins et des patients.

Concernant la fatigue compassionnelle, les citations dans les romans et les propos des médecins interviewés présentés dans nos *Résultats* se rejoignent et l'illustrent tout à fait. En accord avec sa définition théorique, c'est comme si le mouvement vers l'autre se révélait à la longue, à un moment où un autre, épuisant, exténuant. De par sa nature compassionnelle, c'est comme si la médecine finissait à terme par consumer, dévorer, néantir le médecin.

Ainsi donc, les résultats de notre étude indiquent que le métier de médecin est, humainement et émotionnellement enrichissant, en même temps que fragilisant. Le concept de « *compassion fatigue* » étant relativement récent – première publication employant cette expression dans Pubmed en 1989 (224) – comparativement au burnout (terme utilisé pour la première fois par Herbert Freudenberger en 1974 (225) ; il serait important d'avertir les aspirants au métier de médecin, les étudiants et les internes en médecine sur cette dualité intrinsèque du métier de médecin, de sorte qu'il soient bien conscients du chemin dans lequel ils s'engagent, et de ses potentielles difficultés.

Que peut faire le médecin pour soulager ses souffrances psychologiques ? On peut évoquer plusieurs réponses. Comme un participant interrogé nous l'a dit en entretien, couper totalement avec la médecine lorsqu'il quitte le travail ; faire des choses relaxantes, comme faire du sport, voir des amis ; recourir aux psychologues et aux groupes de pairs (212). Autres moyens : pratiquer de la méditation en pleine conscience (96,212), et, comme on l'a dit plus haut, se prêter au jeu de l'écriture réflexive (212), pourquoi pas littéraire.

Gérard Danou confirme tout à fait cet aspect auto-thérapeutique de l'écriture littéraire : « *Dans ses écrits, c'est lui [le médecin] qui devient le corps éprouvé, le malade ; il œuvre alors pour sa santé, et secrètement pour son salut* » (7). Frédéric-Gaël Theuriau insiste quant à lui sur la notion de catharsis (114), cette purification de l'âme ou purgation des passions, terme créé par Aristote. Rita Charon parle de « *force rédemptrice* » de la narration (8). Le médecin-écrivain se confesse et se rachète par ce moyen, d'après Linda Gask (89).

Cependant, il apparaît qu'il y a un possible hiatus chez les médecins entre le fait d'écrire, et celui de lire des histoires en rapport avec la médecine. Le premier cas serait thérapeutique, alors que le second pourrait rappeler aux médecins leur travail, dont ils souhaitent se couper lors de leur temps de repos. C'est d'ailleurs une chose qu'un médecin interrogé a mise en avant lors des entretiens, l'invoquant comme raison pour ne pas lire de telles histoires. Cette discordance des effets de la médecine narrative sur le soignant, selon qu'il joue un rôle actif ou passif dans ce processus, pourrait faire l'objet d'études supplémentaires ; bien qu'on peut rétorquer à cela que la lecture est en réalité un processus beaucoup plus actif qu'à première vue, le lecteur donnant un sens à l'histoire lue que potentiellement lui seul trouvera (8).

Autre fragilité, celle-là psychique et physique, le burnout est présent aussi bien dans les auteurs du début du XX^e siècle que dans les propos des médecins dans la vraie en 2019. Malgré l'évolution des connaissances sur le burnout, et la prise de conscience collective de ses conséquences néfastes sur la santé, les données de notre étude suggèrent que le burnout des médecins est un phénomène qui ne s'est pas franchement amélioré en l'espace d'un siècle, ce qui est un constat assez déprimant en soi. Le burnout chez les médecins pourrait avoir des origines plus profondes, structurelles et intrinsèques, dans le métier même de médecin, et moins de facteurs ou de variables extrinsèques sur lesquels on pourrait agir. Plusieurs études se sont penchées sur la prévalence, les causes, les conséquences du burnout chez les médecins, et les moyens de le prévenir (93,95,226,227). Dans ces moyens préventifs, de même que pour la fatigue compassionnelle, on peut citer la fréquentation de groupes de pairs, tels que les groupes Balint (228), dont les GEASP du TCEM de médecine générale sont directement issus.

D'après notre étude, la fragilité matérielle des médecins semble en revanche appartenir au passé. Cela rejoint les données socio-économiques actuelles, selon lesquelles le métier de médecin est de nos jours financièrement favorisé dans l'OCDE par rapport à la population générale. Ainsi, d'après l'OCDE, en 2013, en France les généralistes ont gagné 2,4 fois le salaire moyen, les spécialistes dans le privé ont gagné 3,9 fois le salaire moyen (229).

5.1.6.2 Non

Notre étude suggère que les médecins ne sont néanmoins pas tout à fait des êtres humains comme les autres pour deux raisons principales.

Premièrement, du fait d'une caractéristique de leur métier, qui est leur émoussement affectif, ou hypoesthésie émotionnelle. L'hypoesthésie émotionnelle du médecin renvoie à une autre de leurs caractéristiques, qui est leur gradient d'identification-détachement (5,8,89) ; soit leur capacité différentielle à s'identifier à leurs patients ou se détacher émotionnellement de ceux-ci. Il s'agit donc d'un filtre qui régule leurs émotions en réponse à leurs expositions répétées aux souffrances, aux traumatismes et aux morts de leurs patients. Grâce à ce filtre, les médecins se carapaçonnent et se « *blindent* » émotionnellement, au moins en partie, pour mieux protéger leur intégrité psychique. C'est cette même hypoesthésie qui conduit les médecins à voir « *le cas* » médical avant la personne, soit une chosification-objectivation-« *dépersonnification* » du patient. Pour certains, cette déshumanisation forcée ne serait pas incompatible avec l'empathie du soignant, bien au contraire (230). Pour d'autres, elle risque de diminuer sa capacité à imaginer et comprendre la souffrance de ses patients (231-233). On retrouve le débat sur la juste distance et l'asymétrie entre soignants et soignés.

Deuxièmement, les médecins sont considérés par la société comme des surhommes, et se considèrent eux-mêmes culturellement comme tels, ce qu'on peut définir comme le « *mythe du surhomme* ». On retrouve cette caractéristique dans les études littéraires de Danou (7), Posen (234) et Gabory (235). On retrouve également cette caractéristique, concernant les médecins dans la vraie vie, dans un article de Roger Suss (236), et dans plusieurs études qualitatives (237-239). Il s'agit donc d'une croyance irrationnelle, répandue chez de nombreux médecins, d'immunité face à la maladie, voire d'immortalité. Il est probable que cette croyance joue comme une réassurance et une illusion protectrices, qui donnent aux médecins la force et le courage de soigner. Il est probable aussi que les médecins aient parallèlement à côté de cela une conscience aiguë de leur propre fragilité face à la maladie, l'estimant comparable à celle de la population générale. Comme un médecin interrogé nous l'a évoqué en entretien, la figure du

médecin surhomme nous vient également de générations de médecins qui, il n'y a pas si longtemps que cela, n'ont pas compté leurs heures lors de leur internat ou post-internat, voyant leurs repos de sécurité non respectés, et il reste probablement encore d'actualité dans certaines spécialités hospitalières malgré les améliorations dans le domaine.

Le « *mythe du surhomme* » est une des raisons probables qui empêche les médecins (étudiants, internes, thésés) de rechercher une assistance psychologique et médicale en cas de troubles mentaux, chose qui est malheureusement fréquente et répandue dans le milieu médical (240-242). Tout se passe comme s'il y avait une culture du déni et de la souffrance dans le milieu médical (243). C'est d'autant plus regrettable que cela pourrait indiquer aussi des perceptions et des préjugés négatifs de la part des médecins sur les maladies mentales, qui mériteraient moins de compassion à leurs yeux que les autres maladies (243). Plus grave encore, le risque d'erreurs médicales est majoré dans de telles circonstances (244). Si les médecins sont cohérents avec eux-mêmes et leurs propres valeurs, les médecins doivent à l'échelle individuelle impérativement prendre soin de leur santé, ce qui est un prérequis pour soigner les autres de manière sûre et efficace, et à l'échelle collective, en finir avec ce mythe du surhomme, qui est faux, dangereux et non éthique.

5.1.7 L'attraction-répulsion en médecine

Les médecins autofictionnels dans la littérature et les médecins dans la vraie vie en 2019 partagent des sentiments d'attraction et/ou de répulsion, psychique(s) et/ou physique(s), envers leurs patients.

5.1.7.1 L'attraction du médecin pour le patient

On retrouve la notion d'attraction psychologique des médecins pour certains de leurs patients, à travers celle de leurs affinités mutuelles, dans la thèse de Johann Tétart (245).

La question de l'attirance physique du médecin pour son ou sa patient(e) est relativement taboue. En effet, nous avons ressenti au cours de nos entretiens qu'il était difficile pour les médecins interrogés de répondre à cette question, inattendue pour eux malgré nos précautions pour l'introduire. Un des résultats de notre étude auquel on pouvait s'attendre, est que l'attirance physique, et notamment sexuelle du médecin envers son ou sa patient(e), est plus facile à dévoiler dans la fiction romanesque que dans la vraie vie. Gérard Danou confirme tout à fait cet aspect dans son livre *Le corps souffrant* : « *Le passage de la médecine à l'écriture met en*

évidence le désir du médecin, ses réactions libidinales envers ses malades, barrées par la loi des devoirs professionnels » (7). Comme nous l'avons indiqué plus haut, le médecin est un être de désir, qui doit censurer, contrôler ses pulsions ; car, contrairement à ses patients, la passion lui est interdite. L'écriture permet à l'écrivain-médecin de « *laisser libre cours à ses fantasmes* ». L'écriture se « *substitu[e] à l'acte non consommé* », et autorise la retranscription d'ambiances chargées d'Eros (7). Ainsi, la fiction romanesque semble particulièrement adaptée pour libérer la parole du médecin-écrivain du carcan de la censure professionnelle.

On note par ailleurs une possible évolution, dans les romans étudiés dans lesquels l'attraction physique du médecin pour son ou sa patient(e) est manifeste, entre trois œuvres anciennes, *Voyage au bout de la nuit* (1932), *Le Passage* (1954), *Filles de fermiers* (1961), et un roman plus contemporain, *La vacation* (1989). Dans les premières œuvres, dans les passages cités dans nos *Résultats*, le médecin narrateur ne critique pas ses sentiments d'attraction physique voire sexuelle envers sa patiente, qu'il dévoile parfois crûment. En revanche, dans *La vacation*, le médecin narrateur critique ses émotions ; prend une distance critique vis-à-vis de celles-ci ; partage avec le lecteur tous ses efforts pour les refouler. Cependant, on note un tel refoulement explicite dans *La Citadelle* d'AJ Cronin (1937), et l'absence de celui-ci dans *Contre-visite* de Marie Didier (1988). On ne peut pas tirer de ces quelques exemples une conclusion générale, d'autant plus que des auteurs comme Céline ont pu vouloir choquer et provoquer à dessein les lecteurs. On peut donner deux interprétations différentes, qui ne s'excluent pas mutuellement. Soit nos médecins-écrivains de la première moitié du XX^e siècle ont toujours respecté leur serment d'Hippocrate, mais ont pris quelques libertés dans leurs œuvres de fiction pour montrer aux lecteurs qu'ils étaient des êtres humains comme les autres, un des enjeux éthiques de la narration médicale que nous avons explicité plus haut. Soit une œuvre comme *La vacation* reflète une meilleure prise de conscience collective, à la lumière des avancées de la bioéthique, du caractère profondément non éthique de toute sexualisation par le médecin de ses relations avec les patients.

Concernant les médecins dans la vraie vie, nous n'avons pas à proprement parler trouvé d'étude dans la littérature scientifique sur le sujet spécifique de l'attraction physique voire sexuelle des médecins envers leurs patients. On retrouve des preuves indirectes de cette attraction dans des études qui se sont penchées sur : les arguments éthiques condamnant de tels rapports (103-107) ; la prévalence des rapports sexuels entre médecins et patients (246,247) ; le regard des médecins sur ces relations (246-248). Nous n'avons véritablement trouvé qu'une seule étude sur la gestion des sentiments érotiques dans la relation médecin-patient, dans un article publié par

Golden et Brennan (249) ; preuve s'il en est que ce sujet constitue un véritable tabou, dans et pour la profession, et qu'il est largement méconnu par l'enseignement académique.

5.1.7.2 La répulsion du médecin pour le patient

Concernant le dégoût ou la répulsion psychique et/ou physique du médecin envers ses patients, nous avons également trouvé très peu d'articles scientifiques sur cette thématique : un article de recherche en soins infirmiers de Holmes *et al.* sur le concept d'abjection (109) ; un article de Ousey et Roberts sur les sentiments de dégoût des infirmières et des patients associés aux plaies malodorantes (250) ; un article de Da Silva et Carvalho sur les médecins qui ressentent des émotions intenses en voyant leurs patients (251). Dans cette dernière étude, sur 162 médecins interrogés, 2 médecins (soit 1,2 % de l'effectif total), ont rapporté avoir ressenti une répulsion au sens de mépris ou dédain envers un(e) patient(e) ; ce qui en ferait un événement plutôt rare. La répulsion médecin-patient est donc un aspect également peu étudié du vécu des médecins ; encore moins que l'attraction. C'est probablement parce qu'il y a un consensus implicite dans la profession médicale, et plus largement dans toutes les professions de santé, sur le fait que la répulsion « *fait naturellement partie du métier* », et est supposée ne pas empêcher l'exercice du soignant. De plus, la répulsion poserait moins de problèmes que l'attraction, car risquant moins de déboucher sur des dérives éthiques entachant la profession.

5.1.7.3 L'attraction de patients masculins pour leur médecin de sexe féminin

Un des autres résultats de notre étude, c'est l'attraction de patients masculins envers leur médecin de sexe féminin, se manifestant par de véritables phénomènes de « *drague* », ouverts et parfois insistants. C'est une donnée manquante dans les romans de médecins étudiés, probablement du fait de la prépondérance d'auteurs masculins dans notre étude. Cela rejoint en revanche les conclusions de deux études sur le harcèlement sexuel des femmes médecins par leurs patients masculins. Ainsi, selon une étude irlandaise publiée en 2017, 5,2 % des femmes généralistes irlandaises ont été victimes de harcèlement sexuel dans les deux dernières années ; 21,4 % des praticiens hospitaliers irlandaises (hors chefs de service) ont été victimes de harcèlement sexuel dans les deux dernières années (132). Dans une étude canadienne, suite à un sondage adressé à 599 généralistes canadiennes exerçant dans l'Ontario, dans les 422 réponses reçues et analysables, 67 % ont répondu avoir déjà été harcelées sexuellement au moins une fois dans leur vie dans le cadre professionnel par un patient (252). Ces résultats peuvent indiquer des difficultés pour certains patients masculins de respecter les limites et les

normes attendues du cadre professionnel des rencontres cliniques avec les médecins femmes. Ils résonnent également avec les préoccupations sociétales sur le machisme et le sexisme malheureusement courants de certains hommes, qui ne respectent pas les femmes quand bien même elles occupent des métiers socialement élevés et à responsabilité.

5.1.7.4 Une réalité peu enseignée en Faculté de médecine

À moins d'être abordée dans les GEASP, les vignettes cliniques et les RSCA, l'attraction-répulsion en médecine n'est pas spécifiquement enseignée dans le TCEM de médecine générale. Et encore, le caractère politiquement incorrect de cette attraction-répulsion risque de poser des freins aux étudiants pour l'évoquer dans des groupes de parole, et via l'écriture narrative subjective. Or cette question, et l'ambiguïté que représente la faible distance physique médecin-patient, sont d'importance fondamentale, car elles sont parmi d'autres facteurs au cœur du métier de médecin, qu'on le veuille ou non. Tôt ou tard, les étudiants et les internes en médecine seront confrontés à leur réalité. Il vaut donc mieux qu'ils soient préparés en amont à cette question pour, le moment venu, mieux l'appréhender ; mieux la reconnaître ; mieux la gérer.

5.2 Limites et forces de l'étude

5.2.1 Limites de notre étude

1. Le choix des livres a été subjectif. D'autres livres d'autres auteurs auraient pu être choisis : Anton Tchekhov, André Soubiran, Axel Munthe, Arthur Schnitzler, Jean-Christophe Rufin, Ouanessa Younsi, Jean Désy... pour ne citer qu'eux.
2. Nous n'avons pas testé la grille d'entretien au préalable.
3. Nous n'avons pas pris de notes de terrain pendant les entretiens.
4. L'enquêteur était novice en matière de recherche qualitative. De plus, il était médecin et connaissait personnellement plusieurs des médecins interviewés. Cela a pu gêner des médecins interviewés pour répondre, et l'enquêteur lui-même a pu être gêné pour poser certaines questions. Peut-être qu'un enquêteur neutre et plus expérimenté, par exemple un anthropologue rodé aux méthodes qualitatives, aurait obtenu plus de résultats.
5. Nous n'avons interviewé que 10 médecins en tout. Cependant, il s'agit d'une thèse qualitative, et malgré ce faible effectif, nous sommes arrivés à la saturation des données, facteur essentiel à la validité de l'étude.

6. Nous avons interviewé plus de médecins généralistes que de médecins spécialistes. Cela a pu induire des différences de résultats. Cependant, nous pensons a posteriori que sur les thèmes d'analyse soumis, la question de la spécialité médicale importait peu.
7. De plus, malgré l'intitulé de notre thèse, concernant l'origine géographique des médecins interrogés, du fait de la méthode de proche en proche, nous n'avons interrogé que des médecins exerçant dans les départements de l'Allier et du Puy-de-Dôme, et aucun exerçant dans le Cantal ou en Haute-Loire.
8. En outre, nous avons exclu les internes en médecine et en chirurgie de cette étude. Interroger leurs vécus aurait cependant pu être intéressant, notamment sur la question des modèles de rôle.
9. Un chercheur différent avec les mêmes données brutes les aurait probablement codées différemment, et probablement obtenu des résultats différents. Cependant, c'est le propre des recherches qualitatives que la subjectivité de l'enquêteur et de ceux qui codent les données ait une influence au moins partielle sur la teneur des résultats finaux. Toutefois, cela n'enlève rien à l'intérêt des recherches qualitatives, dont les objectifs et les apports sont différents de ceux des recherches quantitatives.
10. Nous aurions pu utilement compléter notre étude par un questionnaire, ce qui aurait pu apporter des données davantage quantitatives à notre étude.
11. Enfin, nous aurions pu interviewer dans une analyse croisée des patients ayant lu des œuvres littéraires de médecins, pour avoir leur sentiment sur leur utilité.

5.2.2 Forces de notre étude

Analyser de manière comparative des romans et des interviews de médecins a été très riche d'enseignements. Nous avons obtenu des résultats probablement plus riches et plus intéressants que si nous nous étions contentés seulement de l'une ou de l'autre de ces deux techniques d'investigation.

Une triangulation avec nos deux directeurs de thèse a été réalisée pour le codage des données brutes des entretiens.

Hormis les limites 2 et 3 citées plus haut, nous avons respecté les critères de la grille COREQ.

Nous avons répondu aux objectifs primaire et secondaires de l'étude.

5.3 Implications pour la pratique

Les résultats de notre étude plaident principalement pour deux choses.

5.3.1 Amélioration de la formation à la psychologie des futurs médecins

Premièrement, les résultats de notre étude plaident pour une meilleure formation initiale des médecins, notamment des étudiants en médecine et des internes de médecine générale, à la psychologie. En effet, le métier de médecin généraliste nous apparaît être comme un pivot idéal de la prise en charge des souffrances ordinaires, notamment psychologiques, des patients, par sa compétence pour les accompagner et les soutenir psychologiquement, et sa capacité à leur prescrire si besoin des traitements psychotropes (figure 7). Le médecin généraliste nous apparaît être au carrefour de deux spécialités également concernées par les souffrances ordinaires des patients : la psychologie et la psychiatrie.

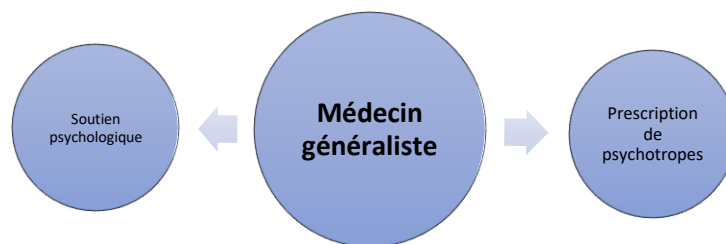


Figure 7 : rôle du médecin généraliste face aux souffrances psychologiques de ses patients

On pourrait envisager plusieurs moyens pour atteindre cet objectif d'amélioration de la formation psychologique des médecins :

- Les facultés de médecine pourraient s'ouvrir aux psychologues, les faisant directement intervenir comme enseignants auprès des jeunes médecins en formation, ce qui n'est pas le cas actuellement. Cette position est partagée par Rita Charon (8). L'objectif ne serait pas de faire des médecins des psychologues, mais de leur donner des notions plus poussées qu'actuellement. Les enseignants psychologues devraient recevoir davantage

de liberté dans le contenu de leur cours, notamment afin d'enseigner des notions de psychologie pas forcément rapport avec les pathologies psychiatriques.

- L'obligation pour les étudiants en médecine et/ou les internes de médecine générale d'assister à des consultations de psychologie.
- L'enseignement des techniques de psychothérapie brève BATHE et DIG aux internes de médecine générale. Des études pourraient être menées pour déterminer l'utilité, la faisabilité et l'acceptabilité de la technique DIG en médecine générale.

Les résultats de notre étude plaident aussi indirectement pour un remboursement des consultations de psychologie²⁶.

5.3.2 Inclusion d'un module de médecine narrative dans le cursus médical clermontois

Deuxièmement, nous suggérons d'introduire dans la Faculté de médecine de Clermont-Ferrand, comme l'a fait Rita Charon dans sa Faculté aux États-Unis (8), et comme le font de plus en plus d'écoles médicales dans le monde, un module de médecine narrative à destination des étudiants et des internes en médecine. Les étudiants en médecine pourraient être encouragés à lire des œuvres littéraires de médecins. On pourrait leur demander, pendant des cours de médecine narrative, d'analyser et de discuter de manière critique des passages de ces œuvres. D'une part pour développer leur sens de la psychologie envers les patients. D'autre part pour les inciter à développer une réflexion personnelle sur des aspects de leur métier traditionnellement méconnus par l'enseignement académique.

²⁶ En effet, il a été démontré par Tessler et al. que les niveaux de détresse psychologique des patients sont positivement corrélés à la fréquence du recours aux médecins (253). On peut estimer que des patients qui de toute façon auraient vu leur médecin pour des problèmes psychologiques, pourraient voir en première intention un psychologue, ce qui permettrait une rationalisation des coûts et une clarification des rôles respectifs de médecin généraliste et de psychologue. Guery et al. appellent aussi à un remboursement des consultations de psychologie (254).

6 Conclusion

Au terme de cette recherche, notre première conclusion sera que les œuvres autofictionnelles de médecins dans la littérature et l'expérience actuelle des médecins « *dans la vraie vie* » nous informent de manière complémentaire sur l'exercice de la médecine. Les romans autobiographiques et les interviews de médecins offrent deux regards différents, mais non opposés sur le métier de médecin. Et cette vision sous deux angles donne un relief particulier au métier et à ses protagonistes.

Mais qu'est-ce qui relie précisément le métier de médecin aux récits ? Chaque patient est unique et singulier. Chaque consultation s'inscrit dans une temporalité qui lui est propre, de l'ordre de quelques minutes ou dizaine de minutes. Face à son patient qui apporte sa plainte, le médecin cherche à résoudre l'énigme posée par ce dernier. Le patient et son médecin sont des sujets, et non des objets de la relation de soins. Ils ont mutuellement des devoirs éthiques l'un envers l'autre. Singularité, temporalité, causalité/contingence, intersubjectivité et éthique ; autant de caractéristiques que la consultation du médecin partage avec le récit (Rita Charon). Et si chaque consultation était en fait un livre que le médecin ouvre avec son patient, dans lequel ils écrivent les pages ensemble ?

De manière similaire à notre étude, des études supplémentaires pourraient être menées, pour comparer par exemple des écrits littéraires de patients, aux perceptions de patients dans la vraie vie de leurs relations avec leurs médecins.

Le Doyen de l'UFR de Médecine,
Pierre CLAVELOU



Le Président du Jury,
Gilles CLEMENT



7 Références bibliographiques

1. Bagros P, Danou G, Olivier A. Littérature et médecine: Petite anthologie littéraire à l'usage des étudiants en médecine. Paris: Ellipses Marketing; 1998. 156 p.
2. Miguet-Ollagnier M, Baron P. Littérature et médecine. Presses Univ. Franche-Comté; 2000. 324 p.
3. Rousseau GS. Literature and Medicine: The State of the Field. Isis. sept 1981;72(3):406-24.
4. Bamforth I, Auden WH, Bamm P. The Body in the Library: A Literary Anthology of Modern Medicine. Verso; 2015. 448 p.
5. McLellan MF. Literature and medicine: physician-writers. The Lancet. 22 févr 1997;349(9051):564-7.
6. Cruz J. The doctor-patient relationship in selected literary works. Revista da Associação Médica Brasileira. juin 2012;58(3):272-5.
7. Danou G. Le corps souffrant: Littérature et médecine. Seyssel : Paris: Champ Vallon Editions; 1994. 286 p.
8. Charon R, Fourreau A. Médecine narrative : Rendre hommage aux histoires de maladies. Sipayat; 2015. 460 p.
9. Lüsebrink H-J, Madry H, Pröll J. Médecins-écrivains français et francophones: Imaginaires - poétiques - perspectives interculturelles et transdisciplinaires. Würzburg: Königshausen & Neumann; 2018. 388 p.
10. Noailles-Pizzolato C. Littérature et médecine : des arts comparables ? Éthique & Santé. 1 sept 2005;2(3):117-24.
11. Grimshaw C. Influence des personnages de médecins dans la littérature romanesque sur la pratique de la médecine générale. La fiction influence-t-elle le réel? [Internet] [Thèse pour obtenir le grade de Docteur en médecine]. [Faculté de médecine Pierre et Marie Curie]: Pierre et Marie Curie, Paris VI; 2015. Disponible sur: <http://www.sftg.net/documents%20PDF/Influence%20des%20personnages%20de%20medecins%20dans%20la%20litterature.pdf>
12. Chory R, Tamborini R. Television Doctors: An Analysis of Physicians in Fictional and Non-Fictional Television Programs. Journal of Broadcasting & Electronic Media - J BROADCAST ELECTRON MEDIA. 1 sept 2001;45:499-521.
13. Cho H, Wilson K, Choi J. Perceived realism of television medical dramas and perceptions about physicians. Journal of Media Psychology: Theories, Methods, and Applications. 2011;23(3):141-8.
14. Théorie ancrée. In: Wikipédia [Internet]. 2019 [cité 21 juill 2019]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Th%C3%A9orie_ancr%C3%A9e&oldid=158228715
15. Corbin JM, Corbin J, Strauss A. Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory. SAGE Publications; 2008. 401 p.
16. Phénoménologie. In: Wikipédia [Internet]. 2019 [cité 21 juill 2019]. Disponible sur: <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Ph%C3%A9nom%C3%A9nologie&oldid=157816828>
17. Stein RC, Dunn JA, Bartlett JM, Campbell AF, Marshall A, Hall P, et al. Consolidated criteria for reporting qualitative research guidelines [Internet]. NIHR Journals Library; 2016 [cité 21 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK343777/>
18. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. Acad Med. sept 2014;89(9):1245-51.
19. Verhesschen P. Chapitre 12. Pratiques de la recherche narrative : avantages et limites [Internet]. De Boeck Supérieur; 2006 [cité 21 août 2019]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-analyse-qualitative-en-education--9782804150518-page-199.htm>
20. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 1 janv 2008;84:142-5.
21. Hudelson P. La recherche qualitative en médecine de premier recours [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 22 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2004/RMS-2497/24011>
22. Kohn L, Christiaens W. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. Reflets et perspectives de la vie économique. 2014;Tome LIII(4):67-82.
23. Compétences en communication médicale | inscriptionmed.ca [Internet]. [cité 24 juill 2019]. Disponible sur: <https://inscriptionmed.ca/modulecomm/competences-en-communication-medicale/>
24. Grimaldi A, Cosserrat J. La relation médecin-malade. Elsevier; 2004.
25. Être « écrivain et médecin ». Societes Représentations. 2009;n° 28(2):48-65.
26. Charte du patient hospitalisé. In: Wikipédia [Internet]. 2019 [cité 15 août 2019]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Charte_du_patient_hospitalis%C3%A9&oldid=158478353
27. Bonnaud-Antignac A. Les modèles de la relation médecin patient [Internet]. [cité 29 juin 2019]. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/chirurgie-generale/enseignement/relation/site/html/2.html>
28. Garden R. Expanding clinical empathy: an activist perspective. J Gen Intern Med. janv 2009;24(1):122-5.

29. Vannotti M. L' empathie dans la relation médecin – patient, Abstract. Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux. 1 oct 2005;no 29(2):213-37.
30. Muslin HL. Clinical exercises in empathy. *Dis Nerv Syst.* août 1974;35(8):384-7.
31. Aragno A. The language of empathy: an analysis of its constitution, development, and role in psychoanalytic listening. *J Am Psychoanal Assoc.* sept 2008;56(3):713-40.
32. Oishi K, Faria AV, Hsu J, Tippett D, Mori S, Hillis AE. Critical role of the right uncinate fasciculus in emotional empathy. *Ann Neurol.* janv 2015;77(1):68-74.
33. Halpern J. What is Clinical Empathy? *J Gen Intern Med.* août 2003;18(8):670-4.
34. Kelm Z, Womer J, Walter JK, Feudtner C. Interventions to cultivate physician empathy: a systematic review. *BMC Med Educ.* 14 oct 2014;14:219.
35. Hall JA. Clinicians' accuracy in perceiving patients: its relevance for clinical practice and a narrative review of methods and correlates. *Patient Educ Couns.* sept 2011;84(3):319-24.
36. Banning M, Gumley V. Case studies of patient interactions, care provision and the impact of emotions: a qualitative study. *J Cancer Educ.* déc 2013;28(4):656-61.
37. Finset A. « I am worried, Doctor! » Emotions in the doctor-patient relationship. *Patient Educ Couns.* sept 2012;88(3):359-63.
38. Bylund CL, Makoul G. Examining empathy in medical encounters: an observational study using the empathic communication coding system. *Health Commun.* 2005;18(2):123-40.
39. Luff D, Martin EB, Mills K, Mazzola NM, Bell SK, Meyer EC. Clinicians' strategies for managing their emotions during difficult healthcare conversations. *Patient Educ Couns.* sept 2016;99(9):1461-6.
40. Hsu I, Saha S, Korthis PT, Sharp V, Cohn J, Moore RD, et al. Providing support to patients in emotional encounters: a new perspective on missed empathic opportunities. *Patient Educ Couns.* sept 2012;88(3):436-42.
41. Devlin HC, Zaki J, Ong DC, Gruber J. Not as good as you think? Trait positive emotion is associated with increased self-reported empathy but decreased empathic performance. *PLoS ONE.* 2014;9(10):e110470.
42. Wondra JD, Ellsworth PC. An appraisal theory of empathy and other vicarious emotional experiences. *Psychol Rev.* juill 2015;122(3):411-28.
43. Zaki J. Empathy: a motivated account. *Psychol Bull.* nov 2014;140(6):1608-47.
44. Ragsdale JW, Van Deusen R, Rubio D, Spagnoletti C. Recognizing Patients' Emotions: Teaching Health Care Providers to Interpret Facial Expressions. *Acad Med.* sept 2016;91(9):1270-5.
45. Spinella M. A relationship between smell identification and empathy. *Int J Neurosci.* juin 2002;112(6):605-12.
46. Finset A, Ørnes K. Empathy in the Clinician-Patient Relationship: The Role of Reciprocal Adjustments and Processes of Synchrony. *J Patient Exp.* juin 2017;4(2):64-8.
47. Swaminath G. Doctor-patient communication: Patient perception. *Indian J Psychiatry.* 2007;49(3):150-3.
48. Kelley JM, Kraft-Todd G, Schapira L, Kossowsky J, Riess H. The influence of the patient-clinician relationship on healthcare outcomes: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS ONE.* 2014;9(4):e94207.
49. Lelorain S, Brédart A, Dolbeault S, Sultan S. A systematic review of the associations between empathy measures and patient outcomes in cancer care. *Psychooncology.* déc 2012;21(12):1255-64.
50. Girgis A, Sanson-Fisher RW. Breaking bad news: consensus guidelines for medical practitioners. *J Clin Oncol.* sept 1995;13(9):2449-56.
51. Jani BD, Blane DN, Mercer SW. The role of empathy in therapy and the physician-patient relationship. *Forsch Komplementmed.* 2012;19(5):252-7.
52. Neumann M, Scheffer C, Tauschel D, Lutz G, Wirtz M, Edelhäuser F. Physician empathy: definition, outcome-relevance and its measurement in patient care and medical education. *GMS Z Med Ausbild.* 2012;29(1):Doc11.
53. Derksen F, Bensing J, Lagro-Janssen A. Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. *Br J Gen Pract.* janv 2013;63(606):e76-84.
54. Mercer SW, Jani BD, Maxwell M, Wong SYS, Watt GCM. Patient enablement requires physician empathy: a cross-sectional study of general practice consultations in areas of high and low socioeconomic deprivation in Scotland. *BMC Fam Pract.* 8 févr 2012;13:6.
55. Abbott Moore L. Being empathetic: benefits and challenges for the clinician and client. *Top Stroke Rehabil.* févr 2010;17(1):20-9.
56. Gros F. Compassion [Internet]. Association de recherche en soins infirmiers; 2012 [cité 10 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-108.htm>
57. Audi P. D'une compassion l'autre. *Revue du MAUSS.* 20 nov 2008;n° 32(2):185-202.

58. Nussbaum MC. *Upheavals of Thought: The Intelligence of Emotions*. Cambridge University Press; 2003. 770 p.
59. Larousse É. Définitions : compassion - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 10 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/compassion/17625>
60. Compassion. In: Wikipédia [Internet]. 2019 [cité 10 sept 2019]. Disponible sur: <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Compassion&oldid=155629332>
61. Zielinski A. La compassion, de l'affection à l'action. *Etudes*. 1 févr 2009; Tome 410(1):55-65.
62. Martin MW. Professional Distance [Internet]. *International Journal of Applied Philosophy*. 1997 [cité 31 août 2019]. Disponible sur: https://www.pdcnet.org/pdc/bvdb.nsf/purchase?open-form&fp=ijap&id=ijap_1997_0011_0002_0039_0050
63. Prayez P. *Distance professionnelle et qualité du soin*. Ed. Lamarre; 2009. 287 p.
64. Gyger M, Brugnone E, Challandes P. L'enjeu de la distance au sein de la relation soignant-soigné [Internet]. Neuchâtel: Haute Ecole Neuchâtel Berne Jura; 2015 p. 104. Disponible sur: http://doc.rero.ch/record/259412/files/L_enjeu_de_la_distance_au_sein_de_la_relation_soignant-soign_ - M.Gyger E.Brugnone_P.Challandes.pdf
65. Barthel F. La distance professionnelle dans la relation soignant-soigné à domicile [Internet]. Villeneuve-Saint-Georges: Institut de Formation en Soins Infirmier; 2012 juin p. 40. Disponible sur: <https://www.infirmiers.com/pdf/tfe-fanny-barthel.pdf>
66. Ranasinghe Arachchige I. La juste distance dans la relation soignant-soigné [Internet]. Limeil Brévannes: IFSI Emile Roux; 2012 déc p. 51. Disponible sur: <https://www.infirmiers.com/pdf/tfe-ivandi-ranasinghe.pdf>
67. Pétermann M. La juste distance professionnelle en soins palliatifs. *Revue internationale de soins palliatifs*. 2016; Vol. 31(4):177-81.
68. Netgen. La «bonne» distance entre le malade et le médecin, c'est combien de centimètres, au juste ? [Internet]. *Revue Médicale Suisse*. [cité 31 août 2019]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2003/RMS-2432/1025>
69. Qayyum R. Empathy decline: why the heart gets hardened? *Pak Armed Forces Med J*. 2016;66(6):776-7.
70. Palmieri JJ, Stern TA. Lies in the Doctor-Patient Relationship. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2009;11(4):163-8.
71. Netgen. De l'omniprésence du mensonge [Internet]. *Revue Médicale Suisse*. [cité 2 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2018/RMS-N-594/De-l-omnipresence-du-mensonge>
72. Fainzang S. Secret et mensonge dans le discours médical. *Cites*. 2006;n° 26(2):27-36.
73. Le mensonge médical peut-il être une valeur éthique ? | Éthique et Cancer [Internet]. [cité 2 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.ethique-cancer.fr/publications/mensonge-medical-peut-il-etre-valeur-ethique>
74. Deldon C, Bally J-N, Gocko X. Un mensonge protecteur ? *Médecine*. 1 déc 2016;12(10):459-64.
75. Sokol DK. Can deceiving patients be morally acceptable? *BMJ*. 10 mai 2007;334(7601):984-6.
76. Fainzang S. Secret et mensonge dans le discours médical. *Cites*. 2006;n° 26(2):27-36.
77. Fainzang S. La Relation médecins/malades : information et mensonge ». Consulté le 2 septembre 2019. <https://journals.openedition.org/lhomme/13042>.
78. IASP Terminology - IASP [Internet]. [cité 24 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698#Pain>
79. Bueno-Gómez N. Conceptualizing suffering and pain. *Philos Ethics Humanit Med* [Internet]. 29 sept 2017 [cité 24 juill 2019];12. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5621131/>
80. Dumitru-Lahaye C, Haxaire C. Mise en récit de la souffrance de patients par des médecins généralistes. *Éthique & Santé*. 1 mai 2005;2(2):88-95.
81. médicales F des maisons. Vulnérabilités [Internet]. Fédération des maisons médicales. [cité 24 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.maisonmedicale.org/-Vulnerabilites-.html>
82. Filliole M. Rôle du médecin généraliste face a un patient en souffrance ordinaire : une revue narrative de la littérature [Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en médecine]. [Clermont-Ferrand]: Clermont Auvergne; 2018.
83. Category:Medical drama TV shows - Wikiquote [Internet]. [cité 22 août 2019]. Disponible sur: https://en.wikiquote.org/wiki/Category:Medical_drama_TV_shows
84. Larousse É. Définitions : *héros, héroïne - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 21 août 2019]. Disponible sur: https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/h%C3%A9ros_h%C3%A9ro%C3%AFne/39721
85. Chevalier J, Gheerbrant A. *Dictionnaire des symboles : Mythes, rêves, coutumes, gestes, formes, figures, couleurs, nombres*. Nouvelle éd rev. et augm. Paris: Robert Laffont; 1982. 1060 p.
86. Jiwa M. Doctors and the media. *Australas Med J*. 30 nov 2012;5(11):603-8.

87. Jerrentrup A, Mueller T, Glowalla U, Herder M, Henrichs N, Neubauer A, et al. Teaching medicine with the help of “Dr. House”. PLoS One [Internet]. 13 mars 2018 [cité 22 août 2019];13(3). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5849285/>
88. Haboubi HN, Morgan H, Aldalati O. Hospital doctors’ Opinions regarding educational Utility, public Sentiment and career Effects of Medical television Dramas: the HOUSE MD study. The Medical Journal of Australia. 14 déc 2015;203(11):462-6.
89. Gask L. I remember, I remember: the therapeutic power of the medical memoir. The Lancet Psychiatry. 1 juin 2019;6(6):472-4.
90. Cocker F, Joss N. Compassion Fatigue among Healthcare, Emergency and Community Service Workers: A Systematic Review. Int J Environ Res Public Health [Internet]. juin 2016 [cité 6 sept 2019];13(6). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4924075/>
91. Valent P. Treating Compassion Fatigue. Brunner-Routledge; New York City, NY, USA: 2002. Diagnosis and treatment of helper stresses, traumas, and illnesses; pp. 17–37.
92. Maslach C., Jackson S. Maslach Burnout Inventory manual. 2nd ed. Consulting Psychologist Press; Palo Alto, CA, USA: 1986.
93. Marchalik D. Physician burnout in the modern era. The Lancet. mars 2019;393(10174):868-9.
94. Mathieu F. Running on Empty: Compassion Fatigue in Health Professionals. Rehab Community Care Med. 2007;4:1–7.
95. Kumar S. Burnout and Doctors: Prevalence, Prevention and Intervention. Healthcare (Basel) [Internet]. 30 juin 2016 [cité 7 sept 2019];4(3). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5041038/>
96. Fernando AT, Arroll B, Consedine NS. Enhancing compassion in general practice: it’s not all about the doctor. Br J Gen Pract. juill 2016;66(648):340-1.
97. Alvarez del Río A. [The physician confronting the patient’s suffering]. Rev Invest Clin. avr 2009;61(2):173-80.
98. Jones JW, McCullough LB. Abdominal aortic aneurysm in death row inmate. Journal J Vasc Surg. 2002;35:621–2. doi: 10.1067/mva.2002.122137.
99. Hill TE. How clinicians make (or avoid) moral judgments of patients: implications of the evidence for relationships and research. Philos Ethics Humanit Med. 9 juill 2010;5:11.
100. Gutheil TG, Gabbard GO. Obstacles to the dynamic understanding of therapist-patient sexual relations. Am J Psychother. oct 1992;46(4):515-25.
101. Chessick RD. Malignant eroticized countertransference. J Am Acad Psychoanal. 1997;25(2):219-35.
102. Robinson GE, Stewart DE. A curriculum on physician-patient sexual misconduct and teacher-learner mistreatment. Part 1: content. CMAJ. 1 mars 1996;154(5):643-9.
103. Kluft RP. The physician as perpetrator of abuse. Prim Care. juin 1993;20(2):459-80.
104. Searight HR, Campbell DC. Physician-patient sexual contact: ethical and legal issues and clinical guidelines. J Fam Pract. juin 1993;36(6):647-53.
105. Gutheil TG. Ethical issues in sexual misconduct by clinicians. Jpn J Psychiatry Neurol. 1994;48 Suppl:39-44.
106. Lazarus JA. Ethical issues in doctor-patient sexual relationships. Psychiatr Clin North Am. mars 1995;18(1):55-70.
107. Meijman FJ. [Sexual contact between doctor and patient]. Ned Tijdschr Geneesk. 17 avr 2004;148(16):765-7.
108. Relations médecins-patients et abus à caractère sexuel [Internet]. Conseil National de l’Ordre des Médecins. 2019 [cité 26 août 2019]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/reactions-medecins-patients-abus-caractere-sexuel>
109. Holmes D, Perron A, O’Byrne P. Understanding Disgust in Nursing: Abjection, Self, and the Other. Research and theory for nursing practice. 1 févr 2006;20:305-15.
110. Larousse É. Définitions : psychanalyse - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 21 août 2019]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/psychanalyse/64802>
111. Psychanalyse. In: Wikipédia [Internet]. 2019 [cité 21 août 2019]. Disponible sur: <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Psychanalyse&oldid=161624065>
112. Larousse É. Définitions : transfert - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 21 août 2019]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/transfert/79100>
113. Larousse É. Définitions : contre-transfert, contre-transferts - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 21 août 2019]. Disponible sur: https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/contre%2Dtransfert_contre%2Dtransferts/18902
114. Theuriau F-G. La médecine narrative dans les nouvelles humanités médicales: dialectiques du médecin, de la maladie et du malade. AGA; 2019. 87 p.

115. Goupy F, Jeune CL, Charon R. La médecine narrative : Une révolution pédagogique ? Med-Line Editions; 2016. 262 p.
116. Charon R. Narrative Medicine: Honoring the stories of illness. 1^{re} éd. New York: OUP USA; 2008. 304 p.
117. Les Deux Cultures. In: Wikipédia [Internet]. 2019 [cité 23 août 2019]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Les_Deux_Cultures&oldid=162014045
118. Carlino A, Wenger A. Littérature et médecine: approches et perspectives (XVIe-XIXe siècle). Librairie Droz; 2007. 290 p.
119. Oderwald A. [Lyre and lancet: doctors as writers]. Ned Tijdschr Geneesk. 2012;156(1):A4420.
120. Bonnet P. La bibliothérapie en médecine générale [Internet] [Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en médecine]. [Faculté de Médecine de Marseille]: Université de la Méditerranée; 2009. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00641546/document>
121. Silver MP. Patient Perspectives on Online Health Information and Communication With Doctors: A Qualitative Study of Patients 50 Years Old and Over. J Med Internet Res [Internet]. 13 janv 2015 [cité 25 août 2019];17(1). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4319073/>
122. Kivits J. Informed Patients and the Internet: A Mediated Context for Consultations with Health Professionals. J Health Psychol. 1 mars 2006;11(2):269-82.
123. Alors Voilà. | Journal de soignées/soignantes réconciliées [Internet]. [cité 25 août 2019]. Disponible sur: <https://www.alorsvoila.com/>
124. Juste après dresseuse d'ours [Internet]. [cité 25 août 2019]. Disponible sur: <http://www.jaddo.fr/>
125. Mabeck CE, Kragstrup J. Is variation a quality in general practice? Scand J Prim Health Care Suppl. 1993;1:32-5.
126. Jejcic M. Singularité plurielle ou de l'autre en soi. Le Coq-héron. 2008;192(1):88.
127. Loignon C, Boudreault-Fournier A. Du paternalisme à l'encadrement bienveillant. Can Fam Physician. nov 2012;58(11):e618-9.
128. Dell'Orto S, Caruso E. [W. D. Winnicott and the transitional object in infancy]. Pediatr Med Chir. avr 2003;25(2):106-12.
129. Fischer L-P. Le bistouri et la plume. Les médecins écrivains. Paris: Editions L'Harmattan; 2003. 448 p.
130. editor DCH policy. Male NHS doctors earn 17% more than their female peers | Society | The Guardian. The Guardian [Internet]. [cité 2 sept 2019]; Disponible sur: <https://www.theguardian.com/society/2019/mar/29/male-nhs-doctors-earn-17-more-than-their-female-peers>
131. Arrizabalaga P, Abellana R, Viñas O, Merino A, Ascaso C. Gender inequalities in the medical profession: are there still barriers to women physicians in the 21st century? Gac Sanit. oct 2014;28(5):363-8.
132. Irish Medical Organisation. IMO Position Paper on Women in Medicine [Internet]. Dublin; 2017 sept p. 20. Disponible sur: <https://www.imo.ie/policy-international-affair/documents/IMO-Position-Paper-on-Women-in-Medicine-Final.pdf>
133. Linda Girgis MD. Gender inequity is pervasive in medicine [Internet]. Physicians Practice. 2018 [cité 2 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.physicianspractice.com/article/gender-inequity-pervasive-medicine>
134. Mangurian C, Linos E, Sarkar U, Rodriguez C, Jagsi R. What's Holding Women in Medicine Back from Leadership. Harvard Business Review [Internet]. 19 juin 2018 [cité 2 sept 2019]; Disponible sur: <https://hbr.org/2018/06/whats-holding-women-in-medicine-back-from-leadership>
135. Tsugawa Y, Jena AB, Figueroa JF, Orav EJ, Blumenthal DM, Jha AK. Comparison of Hospital Mortality and Readmission Rates for Medicare Patients Treated by Male vs Female Physicians. JAMA Intern Med. 1 févr 2017;177(2):206-13.
136. Howick J, Steinkopf L, Ulyte A, Roberts N, Meissner K. How empathic is your healthcare practitioner? A systematic review and meta-analysis of patient surveys. BMC Medical Education. 21 août 2017;17(1):136.
137. Clarke G, Hall RT, Rosencrance G. Physician-patient relations: no more models. Am J Bioeth. 2004;4(2):W16-19.
138. Sokol D. Aequanimitas. BMJ. 17 nov 2007;335(7628):1049.
139. Mezzich J, Kirisci L, Salloum I, Trivedi J, Kar S, Adams N, et al. Systematic Conceptualization of Person Centered Medicine and Development and Validation of a Person-centered Care Index. The International Journal of Person-centered Medicine. 1 janv 2016;6.
140. Groene O. Patient centredness and quality improvement efforts in hospitals: rationale, measurement, implementation. Int J Qual Health Care. 1 oct 2011;23(5):531-7.
141. Tone EB, Tully EC. Empathy as a "Risky Strength": A Multilevel Examination of Empathy and Risk for Internalizing Disorders. Dev Psychopathol. nov 2014;26(4 0 2):1547-65.
142. Chikovani G, Babuadze L, Iashvili N, Gvalia T, Surguladze S. Empathy costs: Negative emotional bias in high empathisers. Psychiatry Res. 30 sept 2015;229(1-2):340-6.

143. Zenasni F, Boujut E, Woerner A, Sultan S. Burnout and empathy in primary care: three hypotheses. *Br J Gen Pract.* juill 2012;62(600):346-7.
144. Pilnick A, Dingwall R. On the remarkable persistence of asymmetry in doctor/patient interaction: A critical review. *Social Science & Medicine.* 1 avr 2011;72(8):1374-82.
145. Cvendros JA, Christensen AJ, Hillis SL, Rosenthal GE. Patient and physician attitudes in the health care context: Attitudinal symmetry predicts patient satisfaction and adherence. *Ann Behav Med.* 1 juin 2007;33(3):262-8.
146. Dubbin LA, Chang JS, Shim JK. Cultural health capital and the interactional dynamics of patient-centered care. *Social Science & Medicine.* sept 2013;93:113-20.
147. Lidz CW. The Limits of Person-centered Care. *Med Care.* juill 2015;53(7):564-5.
148. Peoples R, September 4 M] P], 2015. Is patient-centered care part of the problem? [Internet]. KevinMD.com. 2015 [cité 2 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.kevinmd.com/blog/2015/09/is-patient-centered-care-part-of-the-problem.html>
149. Modèle bio-psycho-social. In: Wikipédia [Internet]. 2019 [cité 4 sept 2019]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Mod%C3%A8le_bio-psycho-social&oldid=160239628
150. Rosenthal TC, Shiffner J, Panebianco S. Physician and psychologist beliefs influencing referral of patients for psychotherapy. *Fam Med.* févr 1990;22(1):38-41.
151. Bartova Z. From GPs to Psychologists: The patients' perspective on help-seeking and referral [Internet] [Thesis for Bachelor of Arts (Psychology)]. [Joondalup]: Edith Cowan University; 2007. Disponible sur: <https://pdfs.semanticscholar.org/eed3/77f5f09860e9bfa2144b22ad1eb4aaa24a2d.pdf>
152. Stirling AM, Wilson P, McConnachie A. Deprivation, psychological distress, and consultation length in general practice. *Br J Gen Pract.* juin 2001;51(467):456-60.
153. RACGP. General Practice: Health of the Nation [Internet]. East Melbourne,; Royal Australian College of General Practitioners; 2017 p. 36. Disponible sur: <https://www.racgp.org.au/download/Documents/Publications/Health-of-the-nation-2017-report.PDF>
154. Feldman D, Rabinowitz J, Yehuda YB. Detecting psychological distress among patients attending secondary health care clinics: Self-report and physician rating. *General Hospital Psychiatry.* 1 nov 1995;17(6):425-32.
155. Grenier J, Chomienne M-H, Gaboury I, Ritchie P, Hogg W. Collaboration between family physicians and psychologists: what do family physicians know about psychologists' work? *Can Fam Physician.* févr 2008;54(2):232-3.
156. Ydema A, Valli A. Étude qualitative sur le ressenti des médecins généralistes de Haute-Savoie face à leur rôle et à leur place dans le parcours de soins en santé mentale. 13 févr 2019 [cité 4 sept 2019]; Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02020310>
157. Ridd M, Lewis G, Peters TJ, Salisbury C. Detection of patient psychological distress and longitudinal patient-doctor relationships: a cross-sectional study. *Br J Gen Pract.* 1 mars 2012;62(596):e167-73.
158. Solano L, Pirrotta E, Ingravalle V, Fayella P. The family physician and the psychologist in the office together: a response to fragmentation. *Ment Health Fam Med.* juin 2009;6(2):91-8.
159. Chomienne M-H, Grenier J, Gaboury I, Hogg W, Ritchie P, Farmanova-Haynes E. Family doctors and psychologists working together: doctors' and patients' perspectives. *J Eval Clin Pract.* avr 2011;17(2):282-7.
160. Wilkinson G. Referrals from general practitioners to psychiatrists and paramedical mental health professionals. *Br J Psychiatry.* janv 1989;154:72-6.
161. Pickren W. Psychology and medical education: A historical perspective from the United States. *Indian J Psychiatry.* 2007;49(3):179-81.
162. Israël L. Pourquoi de la psychologie médicale ? Hypothèses. 2007;61-79.
163. Bioy A. Lorsque les médecins de la douleur font de la psychologie.... *Le Journal des psychologues.* 2007;n° 246(3):35-9.
164. Bass H-P. Psychologie et médecine quelles articulations ? *Le Journal des psychologues.* 6 sept 2012;n° 300(7):64-5.
165. « Création de la filière universitaire de médecine générale - Ministère de l'Éducation nationale et de la Jeunesse ». Consulté le 4 septembre 2019. <https://www.education.gouv.fr/cid4888/creation-de-la-filiere-universitaire-de-medecine-generale.html>.
166. Stuart MR. The fifteen minute hour: Applied psychotherapy for the primary care physician. New York: Praeger; 1986. 199 p.
167. Poon VH. Short counseling techniques for busy family doctors. *Can Fam Physician.* avr 1997;43:705-8, 711-3.
168. McCulloch J, Ramesar S, Peterson H. Psychotherapy in primary care: the BATHE technique. *Am Fam Physician.* 1 mai 1998;57(9):2131-4.

169. Lieberman JA, Stuart MR. The BATHE Method: Incorporating Counseling and Psychotherapy Into the Everyday Management of Patients. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. avr 1999;1(2):35-8.
170. Leiblum SR, Schnall E, Seehuus M, DeMaria A. To BATHE or not to BATHE: patient satisfaction with visits to their family physician. *Fam Med*. juin 2008;40(6):407-11.
171. Thomas C, Cramer H, Jackson S, Kessler D, Metcalfe C, Record C, et al. Acceptability of the BATHE technique amongst GPs and frequently attending patients in primary care: a nested qualitative study. *BMC Fam Pract*. 3 sept 2019;20(1):121.
172. Pace EJ, Somerville NJ, Enyioha C, Allen JP, Lemon LC, Allen CW. Effects of a Brief Psychosocial Intervention on Inpatient Satisfaction: A Randomized Controlled Trial. *Fam Med*. 2017;49(9):675-8.
173. Searight HR. Efficient counseling techniques for the primary care physician. *Prim Care*. sept 2007;34(3):551-70, vi-vii.
174. Maïeutique (philosophie). In: Wikipédia [Internet]. 2019 [cité 21 sept 2019]. Disponible sur: [https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Ma%C3%AFeutique_\(philosophie\)&oldid=161827629](https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Ma%C3%AFeutique_(philosophie)&oldid=161827629)
175. Frei E, Stamm M, Buddeberg-Fischer B. Mentoring programs for medical students - a review of the PubMed literature 2000 - 2008. *BMC Medical Education*. 2010;10:32.
176. Amonoo HL, Barreto EA, Stern TA, Donelan K. Residents' Experiences with Mentorship in Academic Medicine. *Academic Psychiatry*. 2018;43:71-5.
177. Weinberg RB. The Mentor. *J GEN INTERN MED*. 1 déc 2013;28(12):1683-5.
178. Clarfield AM. My Magnanimous Mentor. *Ann Intern Med*. 18 sept 2012;157(6):452.
179. Lemire F. Les modèles de rôle en médecine familiale. *Canadian Family Physician*. oct 2018;64(10):783.
180. Kenny N, Mann K, MacLeod H. Role Modeling in Physicians' Professional Formation: Reconsidering an Essential but Untapped Educational Strategy. *Academic Medicine*. déc 2003;78(12):1203-10.
181. Jochemsen-van der Leeuw HGAR, van Dijk N, van Etten-Jamaludin FS, Wieringa-de Waard M. The attributes of the clinical trainer as a role model: a systematic review. *Acad Med*. janv 2013;88(1):26-34.
182. Byszewski A, Hendelman W, McGuinty C, Moineau G. Wanted: role models - medical students' perceptions of professionalism. *BMC Medical Education*. 15 nov 2012;12(1):115.
183. Cruess R, Cruess S, Boudreau J, Snell L, Steinert Y. Reframing Medical Education to Support Professional Identity Formation. *Academic Medicine*. nov 2014;89(11):1446-51.
184. Paice E, Heard S, Moss F. How important are role models in making good doctors? *BMJ : British Medical Journal*. 28 sept 2002;325(7366):707.
185. Foster K, Roberts C. The Heroic and the Villainous: a qualitative study characterising the role models that shaped senior doctors' professional identity. *BMC Med Educ* [Internet]. 16 août 2016 [cité 5 sept 2019];16. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4986406/>
186. Yazdi NA, Bigdeli S, Arabshahi SKS, Ghaffarifar S. The influence of role-modeling on clinical empathy of medical interns: A qualitative study. *Journal of Advances in Medical Education & Professionalism*. janv 2019;7(1):35.
187. Hafferty FW, Franks R. The hidden curriculum, ethics teaching and the structure of medical education. *Acad Med*. 1994;69:861-71.
188. Wilbank E. The doctor as romantic hero. A study of idealization. *JAMA*. 3 avr 1972;220(1):54-7.
189. Löwy I. Martin Arrowsmith's clinical trial: scientific precision and heroic medicine. *J R Soc Med*. nov 2010;103(11):461-6.
190. Silver GA. Virchow, the heroic model in medicine: health policy by accolade. *Am J Public Health*. janv 1987;77(1):82-8.
191. Roland CG. Doctors afield: Walter Henry--a very Lilyputian hero. *N Engl J Med*. 2 janv 1969;280(1):31-3.
192. Ravenel MP. William Henry Welch and the Heroic Age of American Medicine. *Am J Public Health Nations Health*. avr 1942;32(4):428-30.
193. Medical Heroism. *Ind Med Gaz*. 1 juill 1878;13(7):192-3.
194. Heroism in Hospital Workers. *Hospital (Lond 1886)*. 30 oct 1915;59(1533):91.
195. Military Medical Heroism. *Hospital (Lond 1886)*. 27 févr 1915;57(1497):477-8.
196. Brown M. "Like a Devoted Army": Medicine, Heroic Masculinity, and the Military Paradigm in Victorian Britain. *J Br Stud*. 1 juill 2010;49(3):592-622.
197. Freeman JW. Beneficence in medicine: a call to heroism. *S D J Med*. avr 1990;43(4):5-8.
198. Tai DYH. SARS plague: duty of care or medical heroism? *Ann Acad Med Singap*. mai 2006;35(5):374-8.
199. O'Brien JC. My surgical heroes. *Proc (Bayl Univ Med Cent)*. janv 2013;26(1):67-75.
200. Zetteler J. Hero today, gone tomorrow? *Br J Gen Pract*. 1 août 2005;55(517):644-5.
201. Jacobinisme. In: Wikipédia [Internet]. 2019 [cité 5 sept 2019]. Disponible sur: <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Jacobinisme&oldid=157308654>
202. Winckler M. Les médecins du grand au petit écran. *Les Tribunes de la sante*. 2006;no 11(2):23-30.

203. Bleakley A. Force and Presence in the World of Medicine. Healthcare (Basel) [Internet]. 13 sept 2017 [cité 5 sept 2019];5(3). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5618186/>
204. Winckler M. Les Brutes en blanc: La maltraitance médicale en France. Flammarion; 2016. 339 p.
205. Martin Winckler suscite la colère de médecins et de patients [Internet]. www.pourquoidoctor.fr. [cité 6 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.pourquoidoctor.fr/Articles/Question-d-actu/18011-Martin-Winckler-suscite-la-colere-de-medecins-et-de-patients>
206. Yazigi A, Nasr M, Sleilaty G, Nemr E. Clinical teachers as role models: perceptions of interns and residents in a Lebanese medical school. Med Educ. juill 2006;40(7):654-61.
207. Wainwright D, Harris M, Wainwright E. How does 'banter' influence trainee doctors' choice of career? A qualitative study. BMC Med Educ [Internet]. 11 avr 2019 [cité 6 sept 2019];19. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6460642/>
208. T. Reynolds N. Disruptive Physician Behavior: Use and Misuse of the Label. Journal of Medical Licensure and Discipline. 1 mars 2012;98:8-19.
209. Cole TR, Carlin N. The suffering of physicians. Lancet. 24 oct 2009;374(9699):1414-5.
210. Moryl N, Carver AC, Foley KM. Suffering in the Patient, Family, and Physician. Holland-Frei Cancer Medicine 6th edition [Internet]. 2003 [cité 7 sept 2019]; Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK13742/>
211. Whitehead PR. The lived experience of physicians dealing with patient death. BMJ Support Palliat Care. sept 2014;4(3):271-6.
212. Gallagher R. Compassion fatigue. Can Fam Physician. mars 2013;59(3):265-8.
213. Atif K, Khan HU, Ullah MZ, Shah FS, Latif A. Prevalence of anxiety and depression among doctors; the unscreened and undiagnosed clientele in Lahore, Pakistan. Pak J Med Sci. 2016;32(2):294-8.
214. Mata DA, Ramos MA, Bansal N, Khan R, Guille C, Angelantonio ED, et al. Prevalence of Depression and Depressive Symptoms Among Resident Physicians A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA. 8 déc 2015;314(22):2373-83.
215. Zoccolillo M, Murphy GE, Wetzel RD. Depression among medical students. Journal of Affective Disorders. 1 juill 1986;11(1):91-6.
216. Gong Y, Han T, Chen W, Dib HH, Yang G, Zhuang R, et al. Prevalence of Anxiety and Depressive Symptoms and Related Risk Factors among Physicians in China: A Cross-Sectional Study. PLOS ONE. 22 juill 2014;9(7):e103242.
217. Sørensen JK, Pedersen AF, Vedsted P, Bruun NH, Christensen B. Substance Use Disorders Among Danish Physicians: An Explorative Study of the Professional Socialization and Management of Colleagues With Substance Use Disorders. Journal of Addiction Medicine. août 2016;10(4):248.
218. Oreskovich MR, Shanafelt T, Dyrbye LN, Tan L, Sotile W, Satele D, et al. The prevalence of substance use disorders in American physicians. Am J Addict. janv 2015;24(1):30-8.
219. Peisah C, Wilhelm K. Physician don't heal thyself: a descriptive study of impaired older doctors. Int Psychogeriatr. oct 2007;19(5):974-84.
220. Schernhammer ES, Colditz GA. Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). Am J Psychiatry. déc 2004;161(12):2295-302.
221. Frank E, Biola H, Burnett CA. Mortality rates and causes among U.S. physicians. Am J Prev Med. oct 2000;19(3):155-9.
222. Vaillant GE, Sobowale NC, McArthur C. Some psychologic vulnerabilities of physicians. N Engl J Med. 24 août 1972;287(8):372-5.
223. Miller E. Writing About Patients: What Clinical and Literary Writers Share. J Am Psychoanal Assoc. 1 oct 2009;57(5):1097-120.
224. [Compassion fatigue]. Rev Enferm. déc 1989;12(136):9.
225. Freudenberger HJ. Staff Burn-Out. Journal of Social Issues. 1974;30(1):159-65.
226. Dusmesnil H, Saliba-Serre B, Régi J-C, Leopold Y, Verger P. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants. Sante Publique. 1 oct 2009;Vol. 21(4):355-64.
227. Fred HL, Scheid MS. Physician Burnout: Causes, Consequences, and (?) Cures. Tex Heart Inst J. 1 août 2018;45(4):198-202.
228. Benson J, Magraith K. Compassion fatigue and burnout: the role of Balint groups. Aust Fam Physician. juin 2005;34(6):497-8.
229. OCDE. Remuneration of doctors (general practitioners and specialists). 4 nov 2015;88-9.
230. Kompanje EJO, van Mol MM, Nijkamp MD. « I just have admitted an interesting sepsis ». Do we de-humanize our patients? Intensive Care Med. déc 2015;41(12):2193-4.
231. Verghese A. The Physician as Storyteller. Ann Intern Med. 4 déc 2001;135(11):1012.
232. Wear D. Border crossings in medical education. Pharos. 1997;60:22-6
233. Percy W. Lancelot. New York: Farrar, Straus & Giroux; 1977:3.
234. Posen S. The Doctor in Literature: Private life. Radcliffe Publishing; 2005. 324 p.

235. Gabory TLT de. La vocation médicale. Un appel à guérir? 1 juin 2015 [cité 8 sept 2019]; Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01401557>
236. Suss R. The hero with a thousand faces visits the doctor. *Can Fam Physician*. juill 2014;60(7):656.
237. Carne J, Maglioli L. La santé du médecin généraliste : étude qualitative des freins à l'accès aux soins. 28 mai 2015 [cité 8 sept 2019]; Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01163839>
238. Cléménçon D. Internes de médecine générale en difficulté ou en situation d'échec du fait de troubles psychiques : quelle prise en charge dans le cursus en France en 2015 ? [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2015 [cité 8 sept 2019]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/993/>
239. Pesci A. L'INTERNE ET SA SANTE Etude qualitative auprès d'internes de médecine générale de la subdivision de Lyon [Internet] [Thèse d'exercice pour le diplôme d'Etat de Docteur en médecine]. [Faculté de médecine et de maïeutique Lyon-Sud Charles Mérieux]: Claude Bernard Lyon I; 2018. Disponible sur: https://cfar.org/wp-content/uploads/2018/01/THm_2018_PESCI_Agathe.pdf
240. Givens JL, Tjia J. Depressed medical students' use of mental health services and barriers to use. *Acad Med*. sept 2002;77(9):918-21.
241. Guille C, Speller H, Laff R, Epperson CN, Sen S. Utilization and Barriers to Mental Health Services Among Depressed Medical Interns: A Prospective Multisite Study. *J Grad Med Educ*. juin 2010;2(2):210-4.
242. Fridner A, Belkić K, Marini M, Gustafsson Sendén M, Schenck-Gustafsson K. Why don't academic physicians seek needed professional help for psychological distress? *Swiss Med Wkly*. 2012;142:w13626.
243. March 4 DEJM| P|, 2016. We are human beings before we are doctors [Internet]. KevinMD.com. 2016 [cité 8 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.kevinmd.com/blog/2016/03/human-beings-doctors.html>
244. Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK, Sharek PJ, Lewin D, Chiang VW, et al. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. *BMJ*. 1 mars 2008;336(7642):488-91.
245. Tétart J. 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. 23 sept 2014 [cité 9 sept 2019]; Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01219825>
246. Lamont JA, Woodward C. Patient-physician sexual involvement: a Canadian survey of obstetrician-gynecologists. *CMAJ*. 1 mai 1994;150(9):1433-9.
247. Ovens HJ, Permaul-Woods JA. Emergency physicians and sexual involvement with patients: an Ontario survey. *CMAJ*. 15 sept 1997;157(6):663-9.
248. Cohen M, Woodward CA, Ferrier B, Williams AP. Sanctions against sexual abuse of patients by doctors: sex differences in attitudes among young family physicians. *CMAJ*. 15 juill 1995;153(2):169-76.
249. Golden GA, Brennan M. Managing erotic feelings in the physician-patient relationship. *CMAJ*. 1 nov 1995;153(9):1241-5.
250. Ousey K, Roberts D. Exploring nurses' and patients' feelings of disgust associated with malodorous wounds: a rapid review. *J Wound Care*. août 2016;25(8):438-42.
251. da Silva JV, Carvalho I. Physicians Experiencing Intense Emotions While Seeing Their Patients: What Happens? *Perm J* [Internet]. 2016 [cité 9 sept 2019];20(3). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4991912/>
252. Phillips S. Sexual harassment of female physicians by patients. What is to be done? *Can Fam Physician*. janv 1996;42:73-8.
253. Tessler R, Mechanic D, Dimond M. The Effect of Psychological Distress on Physician Utilization: A Prospective Study. *Journal of Health and Social Behavior*. 1976;17(4):353-64.
254. Guery O, Vanneste P, Dezetter A. Perception par les médecins généralistes de la prise en charge des facteurs psychosomatiques. Vers une collaboration professionnelle en Belgique ? *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. févr 2019;177(2):157-62.

8 Annexes

9 Annexe 1 : guide d'entretien

Introduction : « Bonjour, je m'appelle Christian le Texier. Tout d'abord merci d'avoir accepté de participer à mon travail de thèse qui vise notamment à comparer les vécus d'écrivains-médecins à ceux de médecins actuellement en exercice en région Auvergne.

Si vous êtes d'accord, je vais vous poser quelques questions de façon à vous laisser le plus possible de liberté dans vos réponses.

Cet entretien sera enregistré intégralement par un dictaphone numérique. Toutes ces données seront ensuite analysées, tout en préservant votre anonymat.

Nous allons commencer par des questions d'ordre général pour cadrer un peu la situation ».

9.1 Première partie : confrontation du vécu des écrivains-médecins au vécu des médecins interviewés

- Question brise-glace : écrivain(s)-médecin(s), ça vous évoque quoi ?

- D'après nos lectures, il nous est apparu que chaque écrivain-médecin, selon qu'il était davantage attiré par les aspects scientifiques/techniques ou relationnels du soin, entretenait le plus souvent un type donné de relation médecin-patient, parmi les trois types possibles suivants : relation paternaliste, relation centrée sur la maladie, ou relation centrée sur le patient [exemples donnés avec des citations].
 - QUESTION : Votre relation avec vos patients, pouvez-vous nous en parler ?
 - Relances : Qu'est-ce qui vous attire davantage dans le soin ? Qu'est-ce qui vous intéresse dans la médecine ? Comment vous considérez vos patients, et comment vous considérez-vous par rapport à eux ?

- Je souhaite maintenant vous parler de la souffrance ordinaire.
 - Question : savez-vous ce qu'est la souffrance ordinaire ?
 - Réponse en cas d'ignorance de l'interviewé : *il s'agit d'une expression sociologique, qui n'a pas de définition univoque. La souffrance ordinaire, ce sont les malheurs, les souffrances, la misère au sens large, qui se cumulent et sont intriqués : physiques (dus à la maladie), psychologiques, affectifs, moraux, socio-économiques. Sans être forcément pathologiques, il peut s'agir aussi des inquiétudes des patients au sens large ; leurs angoisses et leurs tristesses ; des problèmes psychologiques tout à faits triviaux et ordinaires (chagrins d'amour, éducation des enfants, ex.*

avec Jaddo) ; la souffrance au travail ; des maux (ex. avec les douleurs chroniques) ne pouvant être objectivés/codés par le médecin en pathologies à proprement parler.

- QUESTIONS : Que pouvez-vous nous dire au sujet de la souffrance ordinaire chez vos patients ? Que pensez-vous du potentiel rôle de psychologue du médecin, en général et vous concernant ?

- Toujours d'après nos lectures, il nous est apparu que les médecins-écrivains évoquaient souvent des figures de médecins constituant ou ayant constitué pour eux des modèles pour leurs propres pratiques, ou à l'opposé des contre-exemples.
 - QUESTION : Que pensez-vous à titre personnel des concepts de médecins modèles et anti-modèles ?

- QUESTION : Médecin-héros, médecin sauveur ou surhomme , ça vous dit quoi ?
 - Relances : Avez-vous déjà rencontré des médecins faisant preuve d'héroïsme ? Pensez-vous être vous-même un héros, un surhomme ?

- QUESTION : Le médecin est-il un être humain comme les autres ?

- QUESTION : L'attraction-répulsion en médecine, ça vous dit quoi ?

9.2 Deuxième partie : apports de la médecine narrative sur la pratique de la médecine

- Savez-vous ce qu'est la médecine narrative ? *Tentative de définition en cas d'ignorance de l'interviewé : récit/narration d'histoires réelles ou fictives de soignés, de soignants et d'interactions soignés-soignants, par des soignés ou des soignants ou des personnes n'étant ni les uns ni les autres, à travers différents supports possibles (littérature, poésie, blogs, théâtre, télévision, cinéma)*

- Quelle est la place de la narration dans votre pratique de médecin ?

- La narration, telle que la littérature, et plus largement la médecine narrative :
 - vous apprend-t-elle des choses sur la médecine et la relation médecin-patient que vous n'apprenez nulle part ailleurs ?
 - influence-t-elle votre exercice/pratique de la médecine ?
 - développe-t-elle vos compétences narratives ?

- comporte-t-elle des vertus thérapeutiques pour le médecin et/ou le patient ?

9.3 Troisième partie : données sociologiques des médecins

- Age
- Sexe
- spécialité médicale
- type et mode d'exercice : libéral (rural, semi rural, urbain, cabinet de groupe ou isolé), versus hospitalier (à temps plein ou mixte avec une activité libérale)
- département d'exercice
- ancienneté et durée d'exercice
- lieu d'études
- existence d'éventuels autres diplômes obtenus en parallèle dans des domaines scientifiques ou non
- activité d'enseignement à la faculté
- qualité de maître de stage des universités

Relances générales à utiliser :

- Vous avez dit ... Pouvez-vous expliquer un peu plus ?
- Pouvez-vous me donner un exemple concret ?
- C'est-à-dire ?
- Répéter une partie de la question.

10 Annexe 2 : arbre de codage

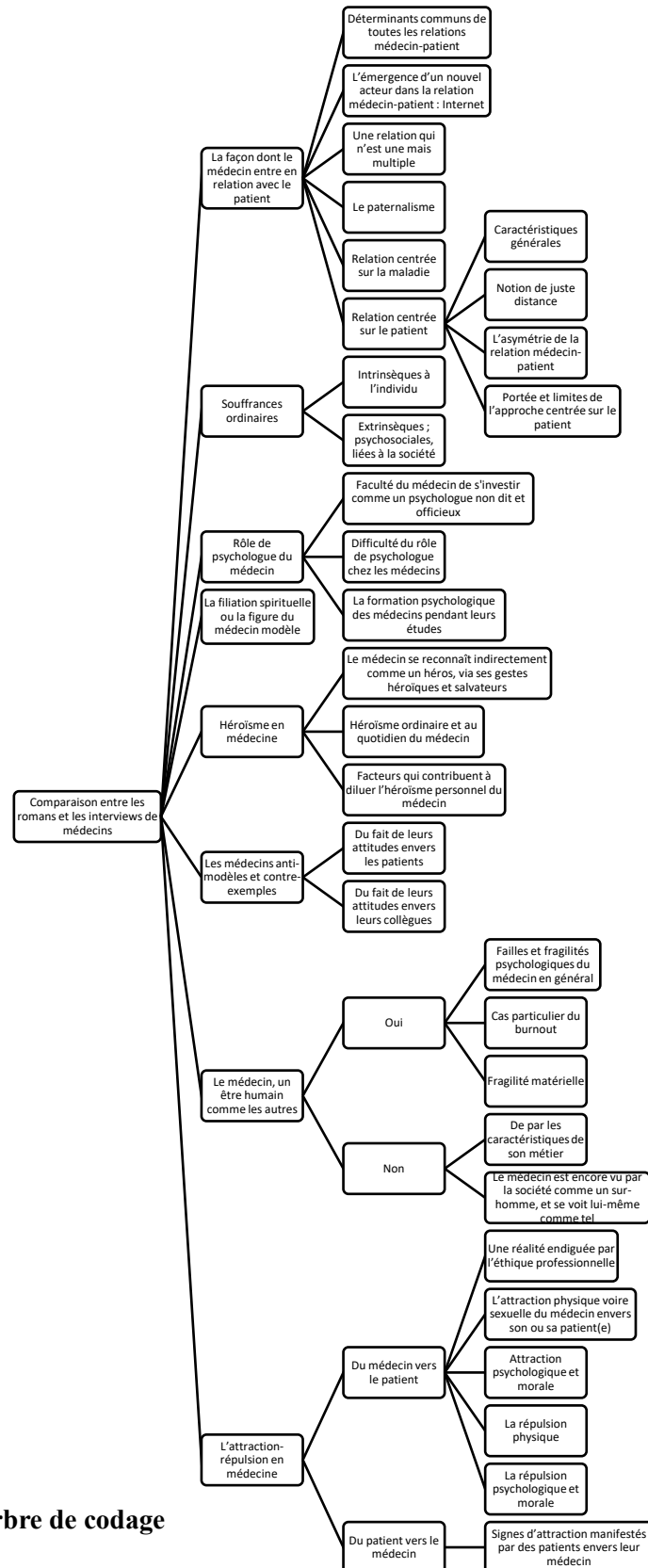


Figure 8 : arbre de codage

11 Annexe 3 : Martin Winckler

11.1 Biographie

Cf. Résultats. Définition de sept thèmes d'analyse à partir de la lecture des romans. p. 33.

11.2 La vacation

11.2.1 Résumé et description du type de l'ouvrage

Cf. Résultats. Définition de sept thèmes d'analyse à partir de la lecture des romans. pp. 33-34.

11.2.2 Analyse et commentaires

11.2.2.1 Ce que le livre nous apprend sur les patient(e)s

Certaines femmes cumulent les IVG, craignant ou non le regard de la société

Ces patientes, Sachs les appelle les « *récidivistes* » (p. 166).

Page 19, Sachs discute avec une membre paramédicale de l'équipe d'orthogénie. Ils se rendent compte qu'une des patientes de la journée ne leur a pas dit que c'était sa deuxième IVG. Sachs avance une explication : « *Elles ne le disent pas toujours ; elles pensent peut-être qu'on ne s'en rendra pas compte. Peut-être qu'elles n'ont pas très envie de nous le rappeler... ou de s'en souvenir.* »

Une procédure jamais accomplie de bon cœur

Page 27, Madame S, la première de la journée, entre dans la salle où sont pratiquées les IVG. Tout dans sa communication non verbale semble indiquer son mal-être : « *ses yeux tentent de fuir tout ce que contient la pièce : les personnes présentes, le matériel posé sur la table roulante, ta blouse blanche, ton visage.* »

De même, lorsque Madame S voit le « *sac plastique noir béant dans la cuvette métallique* », celui-là même qui recevra l'embryon avorté, elle se fige (p. 28).

Des attitudes et des comportements différents d'une patiente à une autre, et d'un compagnon à un autre

Il y a celles qui pleurent ; celles qui bavassent sans aucune tristesse ; celles qui semblent indifférentes et absentes ; celles qui « *crânent* » pour au final fuir l'IVG proprement dite ; celles qui « *hurlent* » pendant celle-ci, mettant mal à l'aise Sachs et lui donnant un sentiment d'impuissance (pp. 99-100).

Des patientes qui viennent avec des volontés contradictoires, casse-tête pour le médecin (p. 115), ou qui sont agressives (pp. 115-116, p. 131).

Lorsque le compagnon est présent lors de l'IVG, c'est également l'occasion pour Sachs d'étudier le couple face à ce stress que représente l'IVG et l'aspiration endo-utérine avant tout pour la femme. Très

peu de compagnons sont contenant, selon Sachs (pp. 125-126), quand ils ne sont tout simplement pas absents (p. 193). D'autres compagnons ne tiennent pas en place et sont bavards, posant des difficultés à Sachs (p. 127).

Des motifs d'IVG divers et variés : page 48, Sachs nous énumère les motifs de consultation dans son unité de planning familial et d'orthogénie : demande de test de grossesse, « *désir-d'être, peur-d'être, refus définitif-d'être, décision de-ne-pas-être en ce moment ou à nouveau ou jamais enceinte* ».

Dans les motifs des femmes à demander une IVG : l'absence de contraception (p. 166), des difficultés financières (au chômage ou crainte de le devenir), maritales (violences intra conjugales, par exemple), contraceptives (p. 49, p. 171) ; la pensée que l'allaitement prévenait une nouvelle grossesse, la crainte d'interactions médicamenteuses, le choix du coït interrompu comme méthode de contraception, l'absence de contraception considérée comme inutile pour des rapports occasionnels, un désir initial d'enfanter (p. 55) ; parfois, des viols, dont certains intra-familiaux (pp. 108-109).

11.2.2.2 Ce que le livre nous apprend sur le médecin

Dans la Vacation, le récit est à la deuxième personne du singulier, « *tu* ». « *Tu* » désigne Bruno Sachs.

Un médecin attentif au confort physique et psychologique de ses patientes

Sachs s'efforce d'atténuer l'inconfort de ses patientes passant sur la table d'IVG en cultivant son relationnel avec celles-ci.

Au tout début d'une procédure d'IVG, Sachs dit à sa patiente qu'il la préviendra pour chaque geste de la procédure (p. 29). Il met un oreiller sous sa tête (p. 28). Il l'examine et lui fait un toucher vaginal en se plaçant à son côté, plus que dans le « *compas que forment ses jambes écartées* » (p. 30, p. 107), refusant ce placement qu'il juge trop dominateur voire agressif.

Il s'enquiert souvent de douleurs éventuelles de ses patientes, et ce à plusieurs reprises (p. 45, p. 54, p. 152).

Il les informe des précautions d'usage après une IVG, et des possibles complications (pp. 54-55) : prescription d'une contraception (p. 54), consultation de contrôle à trois semaines (p. 54), plus ou moins test de grossesse de contrôle à trois semaines (p. 55), douleurs, hémorragies (p. 55), aménorrhée sous pilule contraceptive (p. 55).

Il fait attention à relever les émotions qu'il repère sur le visage de ses patientes ; à les dire tout haut pour permettre à ses patientes de s'exprimer (p. 56).

Il propose aux conjoints d'assister aux IVG, et s'amuse des raisons de leur refus : « *pas de cran, peur de voir, de savoir, d'avoir le nez dessus* » (p. 89), et de leurs réactions au moment desdites IVG : « *pâlissent* », « *tourment de l'œil* », « *demandent à sortir* » (p. 89).

Il s'efforce de ne pas poser de questions trop indiscrettes (p. 115).

Pour éviter de traumatiser ou de faire culpabiliser ses patientes, Sachs refuse de leur montrer les débris et les restes informes de l'embryon avorté, quand ses patientes le lui demandent (p. 155).

Il rassure ses patientes quand celles-ci n'ont plus de libido suite à une IVG (pp. 175-176).

Il leur explique le principe du frottis cervico-utérin (pp. 176-177).

Un médecin qui ne voulait pas faire ce travail au début

Page 78, on apprend que Sachs ne voulait pas faire ce travail d'orthogéniste initialement.

L'écriture, remède salvateur ou pis-aller qui aggrave le mal plus qu'il ne le soulage ?

Sachs éprouve un besoin viscéral, impérieux, irréprouvable, pulsionnel (p. 81) de coucher sur le papier son travail d'orthogéniste, sans pouvoir totalement se l'expliquer (pp. 79-80).

Son activité d'orthogéniste le poursuit, hante ses pensées, dès lors qu'il sort de l'enceinte de l'hôpital et prend sa voiture (p. 80). Sachs écrit entre deux consultations, certains soirs voire dans un café (p. 136). Il s'aménage un bureau spécialement prévu à cet effet, à son domicile, où il souhaite que rien ni personne ne le dérange pendant qu'il écrit (p. 137). Cette fièvre d'écrire le pousse à travailler « *de 7h30 à 13h00 et de 14h15 à 23h00* » lorsqu'il en a la possibilité (p. 137).

De manière inédite, Sachs nous avoue même finir par préférer son travail d'écriture à celui de médecin (pp. 138-139). Il arrive à concilier ces deux activités en prenant un remplaçant (p. 139).

Sachs avance quand même des explications à ce besoin d'écrire.

Tout d'abord, l'écriture sert de mémoire à ces fragments de vie croisés, des patientes et de la sienne, ainsi que l'ambiance si particulière du service où il travaille (pp. 80-81, pp. 95-101).

Par ailleurs, quelque part, on comprend vite que l'activité d'orthogéniste de Sachs lui cause un inévitable problème de conscience. Sachs est tiraillé entre deux exigences antagonistes : d'une part son regret moral, éthique, personnel d'être le « *bourreau* » (p. 83), « *le salopard, l'assassin, l'ordure* » (p. 158), le « *tueur* » (p. 159) qui donne la mort à des êtres humains en devenir et en puissance ; d'autre part, son devoir de médecin et d'expert que lui confère la loi sur l'IVG, droit sociétal, droit de la femme à disposer de son corps arraché de haute lutte. Cette antinomie fondamentale est un indubitable fardeau, et Sachs voit dans l'écriture une délivrance, une manière d'épancher sa terrible culpabilité. Il esquisse lui-même cette explication p. 82.

Mais il n'y pas seulement une volonté de résoudre ce problème de conscience, il y a également le fait que Sachs tire une inspiration littéraire directement de son travail d'orthogéniste. C'est ce dernier qui fait office de muse pour Sachs (p. 82, p. 88) ; plus exactement, tout ce qu'il fait, voit, entend, ressent chez ses patientes et dans son être. C'est un aspect de l'écriture qu'il trouve moins légitime, presque indécent, même. Comme si l'écriture portait quasi-atteinte au secret médical, contrevenant le serment d'Hippocrate – ce qui n'est pas le cas puisqu'aucune patiente ne peut se reconnaître dans le livre, exigence que sa pudeur balaie cependant (p. 159). Comme si exposer crûment les détails des aspirations endo-utérines avait quelque chose de glauque, ne devant peut-être pas être ainsi étalé sur la place publique (p. 87, pp. 158-159). La pensée qui lui est cependant la plus insupportable est de devenir célèbre grâce à l'indécence supposée d'une telle entreprise livresque, la disqualifiant ou la rendant illégitime d'avance (p. 159). Culpabilité supplémentaire qui se rajoute à la culpabilité de faire son métier, donc.

Un médecin qui partage avec nous ses pensées, même les plus intimes

Sachs nous exprime son regret de devoir avorter « *les récidivistes* », des patientes qui ont déjà eu plusieurs IVG antérieurement. Ce profil de patientes le « *fatigue* » particulièrement (pp. 90-91, p. 167). Il s'avère que certaines des récidivistes ont déjà de nombreux enfants et sont issues d'un milieu social modeste (p. 167).

La colère d'avorter des fœtus dont l'âge dépasse nettement au final le terme théorique et légal (p. 184), dont l'aspiration s'avère incommensurablement plus difficile et ramène nécessairement beaucoup de sang, voire des parties reconnaissables du corps du fœtus (pp. 185-189).

Sur un tout autre plan, il nous dit comment il trouve certaines patientes physiquement belles, d'autres « *moches* » (p. 90). Il évoque de même « *les grosses, les grasses, les bouffies, les totalement obèses* »

(p. 103), qui lui posent des difficultés techniques, ainsi que « *les maigres, les filiformes aux longues jambes grêles presque fragiles osseuses* » (p. 104), très délicates et plus douillettes.

De même, Sachs nous confie à nous lecteur comment il se sent troublé, intimidé même par certaines patientes (p. 114, pp. 172-173), s'efforçant cependant de rester le plus professionnel possible et de garder une distance critique vis-à-vis de lui-même (p. 114, pp. 173-174).

Le sentiment d'être mal à l'aise, lorsqu'une patiente avorte spontanément un embryon entier de dix semaines (p. 117).

L'exaspération de devoir prendre en charge des patientes adressées par des médecins qui ne les ont même pas examinées (p. 183).

Le regret d'avorter un embryon pour une mauvaise indication, c'est-à-dire une irradiation pelvienne par de simples radiographies standard (pp. 192-194).

11.2.2.3 Ce que le livre nous apprend sur la relation médecin-patient

Des soins vécus dans la douleur, physique et morale

Sachs nous décrit de manière chirurgicale, froide, sans nous épargner les détails, comment il procède pour avorter.

Sachs utilise des bougies de dilatation du col de l'utérus.

Bien qu'il les avertisse au préalable du caractère douloureux de la procédure (p. 34), en tant que lecteur on est frappé du caractère un peu effrayant de ces instruments, tels des instruments de torture : « *Sur la table, la dame sursaute à chaque passage. Il arrive qu'elle laisse échapper de faibles gémissements* » (p. 35).

On comprend donc que la relation médecin-patient dans un centre d'orthogénie est des plus difficiles, puisque synonyme de soins angoissants voire douloureux pour la patiente.

De même, le bruit de l'aspiration endo-utérine de l'embryon : « *le grondement emplît la salle [...] les borborygmes, les bruits de succion, les sifflements* » (p. 37) ; la vision de l'embryon ou du fœtus arraché à son utérus, « *liquide clair* », « *bulles* », « *magma de choses blanchâtres* », puis « *uniformément rouge* » (p. 37), le « *raclement perceptible à bout de doigt* » (p. 39), ont également quelque chose de proprement sinistre et effrayant.

On se rend compte qu'il faut du courage pour cette procédure, pas seulement du côté du soignant, mais avant tout de la soignée, car c'est comme si c'était une partie d'elle qui était arrachée.

Sachs lui-même se dit persuadé que ses patientes ne viennent pas chez lui « *de gaieté de cœur* » (p. 56).

Un dilemme moral en même temps qu'une obligation légale

A titre personnel, dans l'absolu et dans l'idéal, Sachs aimerait faire le moins possible d'IVG, voire même pas du tout. Mais il ne remet pas pour autant en cause le principe même de l'IVG. Dès lors qu'il a accepté son poste, il se plie à son devoir de médecin et d'expert que lui confère la loi, c'est-à-dire celui de faire accéder les femmes qui le demandent au droit fondamental qu'est l'IVG.

Il s'astreint parfaitement au rôle que la loi lui confère ; il ne discute pas du bien-fondé des décisions de ses patientes, ne cherche pas à décider à leur place (p. 56).

Il leur donne néanmoins le conseil, sous forme d'avertissement, de tout faire pour éviter d'avoir à demander ultérieurement une nouvelle IVG, et choisir une contraception qui leur convienne (p. 56, 57). Il semble avoir une petite préférence pour le stérilet, qui évite les inconvénients d'une nécessaire bonne

observance et l'absence d'oublis d'une pilule contraceptive (p. 57). Il aborde également le sujet de la ligature des trompes utérines et la vasectomie (p. 58).

Parfois, quand le terme a un peu dépassé le terme légal de douze semaines d'aménorrhée soit deux mois et demi de grossesse (p. 129), Sachs pratique quand même au cas par cas une IVG (p. 106), selon le dossier, son feeling et celui de sa collègue paramédicale, à la faveur du doute (p. 132, pp. 183-184). Mais si la grossesse est vraiment évoluée, il invoque la loi et prescrit une échographie de datation (p. 106), qu'il demande à un de ses collègues gynécologues de réaliser rapidement le jour même (p. 131).

11.3 La Maladie de Sachs

11.3.1 Résumé et description du type de l'ouvrage

Cf. Résultats. Définition de sept thèmes d'analyse à partir de la lecture des romans. p. 34.

11.3.2 Analyse et commentaires

11.3.2.1 Le décor

Il s'agit d'un cabinet de médecin de campagne, d'allure ancienne et rustique :

« La pièce est claire, les murs sont tapissés de papier bleu pâle à rayures d'un bleu un peu plus soutenu. À ma gauche, il y a des voilages à la fenêtre. Dans le coin, de grandes étagères en pin portent des boîtes grises bourrées de dossiers. À ma droite, d'autres étagères, hautes et perpendiculaires à la cloison, partagent la pièce en deux. Placé contre le mur du fond, ton bureau est un simple plateau de bois peint en blanc, posé sur deux tréteaux tubulaires bleus sombres. » (p. 21)

11.3.2.2 Ce que le livre nous apprend sur les patients

Un récit polyphonique

Fait intéressant, le narrateur, qui parle à la première personne, est à chaque fois une personne différente, décrivant les paroles, attitudes et soins du Docteur Sachs, en disant : « tu ». Chaque chapitre est un récit différent, raconté par un ou plusieurs patient(e)(s), un(e) ami(e), un commerçant, une voisine, sa secrétaire, la femme de ménage, le patron d'un service de médecine, un collègue médecin généraliste, sa mère, sa compagne Pauline Kasser.

Du jeune enfant à la mamie, de celui qui est bonne santé à celui qui est condamné à plus ou moins brève échéance, tous nous décrivent leurs maux, et leur interaction avec Sachs, avec leurs propres mots, yeux et oreilles.

Plus exactement, Sachs retranscrit le plus fidèlement possible leurs récits et leurs paroles, se mettant à leur place pour imaginer leurs pensées intérieures, et la façon dont ils le regardent lui, leur médecin. Il s'agit donc assez peu d'un récit à base autobiographique, mais plutôt biographique, immortalisant des moments de vie des nombreux patients que Sachs rencontre au cours de sa journée. Sachs s'exprime au final très peu dans le livre. Quand il le fait, le livre nous le signale avec une police différente de celle utilisée pour les récits des patients et de toutes les autres personnes que Sachs.

Ce récit polyphonique ajoute une touche très personnelle, une force au récit, une authenticité et une grande intériorité, davantage qu'un récit écrit à la troisième personne, ou à la première personne ayant pour narrateur Bruno Sachs.

Au début, on a l'impression que le livre est un recueil d'anecdotes, et on a du mal à lui trouver une unité. Mais, de fil en aiguille, on devient familier avec les différents protagonistes, et cette unité, on la retrouve dans la vision diachronique qu'a le médecin traitant de ses patients.

Typologies de patients, typologie des plaintes

Le livre dresse des typologies de patients, si tant est qu'on puisse utiliser ce terme, mais surtout une typologie des plaintes.

De la patiente qui veut toujours être reçue sur le champ au cabinet et ne prend jamais de RDV, ou qui manque simplement de chance (p. 71, p. 164, p. 258, p. 403, p. 579). A celle qui le voit « *trois ou quatre fois par semaine* » (p. 86), et qui est également « *la plus grosse consommatrice de médicaments du département* » (p. 129).

De même, le livre dresse des typologies de patients vus en visite à domicile. Il y a les angoissés (p. 227, p. 229), les règlements de compte (p. 228), les cas plus sérieux (« *du saignant, du drame et de l'horreur* », p. 228), les prétextes futiles : la constipation de minuit et demi avec un trajet de « *quarante kilomètres aller et retour* » (p. 478), les patients psychiatriques et/ou qui troublent l'ordre public (pp. 228-229).

Les patients manipulateurs, sans forcément être méchants : ainsi d'une mère de famille envers son compagnon (pp. 427-441), sa fille (pp. 519-538) et Sachs ; ou encore Madame Renard envers son époux, sa famille et Sachs (p. 561).

Les patients bizarres ou opposants. Exemple : une jeune ado de « *seize ans et demi* », qui ne semble pas accepter sa grossesse, et qui refuse que Sachs lui fasse une déclaration de grossesse (p. 401). Ou encore cet homme qui, il y a « *trente-six heures* » de cela (p. 573), a eu une douleur thoracique « *en pleine nuit* » alors qu'il dormait (p. 572), à qui Sachs diagnostique un infarctus du myocarde, mais qui refuse catégoriquement de se rendre aux urgences cardiologiques (pp. 575-577).

De même, la diversité des plaintes, tant dans leur contenu que leur forme, est gigantesque, et n'a de limites que l'imagination humaine.

Diversité du ton, tout d'abord. Humour, dérision et auto-dérision, par exemple : « *Qu'est-ce qui vous amène ? Rien de neuf, que du vieux* », ou encore : « *En tout cas, j'amène pas le soleil* » (p. 94). Espoir : « *faut m'arranger ça* » (p. 93, p. 97). Déception : « *Comment allez-vous [...] ? C'est pareil, vos remèdes ne m'ont rien fait* » (p. 95). Tout cela donne de vives couleurs aux consultations. Ce sont ces sentiments humains qui sont peints par Winckler, saisis dans l'instantanéité du dialogue, de l'échange.

Diversité du motif proprement dit : licence de sport (p. 33), renouvellement de pilule (p. 38), rhinopharyngite (p. 40), suivi d'une hypertension artérielle (p. 40), ulcère des membres inférieurs (p. 78), douleurs abdominales (p. 81), refus alimentaire chez un enfant, énurésie, ablation de points de suture (p. 93), renouvellement de cent pour cent, surveillance du taux de prothrombine (p. 94), demande d'opiacés par un toxicomane (p. 95), renouvellement d'ordonnance (p. 96), syndrome grippal (pp. 96-97), grossesse gémellaire, douleurs au dos (p. 98), sciatique (p. 99), rappel de vaccin, renouvellement de kinésithérapie, arrêt de travail (p. 101), gastro-entérite aiguë (p. 142), toux (p. 147), interruption volontaire de grossesse (p. 156), constipation (p. 165), dyspnée (p. 198), escarre (p. 206), check-up annuel (p. 207), malaise (p. 207), mâchoire qui se décroche (p. 209), douleurs abdominales (pp. 210-213), attaque cérébrale (p. 204) accident de la route, hémorragies de l'utérus, mort subite du nourrisson (p. 228), agitation et trouble à l'ordre public (p. 229), hoquet chronique (p. 244), gynécologie-obstétrique (pp. 269-275), « *une narine qui se bouche sans arrêt* » qui occasionne des ronflements (p. 280), alopecie (p. 281), demande de crème anesthésique pour le sexe (p. 282), douleur intense (p. 293), etc....

Dans ces plaintes, il y a un bien sûr un gros besoin d'écoute, de réassurance, de compréhension ; de trouver un confident, une oreille attentive, un conseiller, un soutien moral, à ses peurs, qu'elles soient

imaginables, ancestrales ou irrationnelles. C'est parfois même la seule chose qui est recherchée, ouvertement ou inconsciemment. La parole à elle seule est une thérapie.

« *Beaucoup de gens viennent te voir parce qu'on leur a parlé de toi, on sait que tu rassures, que tu es du genre docteur tant-mieux* » (p. 137).

Exemples avec une patiente qui a la peur irrationnelle d'avoir un cancer (pp. 210-211), une autre qui vit difficilement et avec culpabilité son IVG (p.211).

De même, avec une dame entretenant une liaison avec un homme marié et ne se satisfaisant pas de sa situation, déversant son trop plein de souffrance et de mal-être psychique un dimanche de garde sans que Sachs ne lui fasse payer sa consultation (pp. 348-354).

Ou encore avec le cousin Roland de Sachs, qui a mal à l'épaule et au bras gauche, et qui a peur d'avoir une douleur coronarienne (pp. 359-363).

Un flot de plaintes, pas forcément médicales

Car c'est là la caractéristique fondamentale de l'exercice médical, une caractéristique qui n'est jamais, nulle part, enseignée en faculté de médecine. C'est que le métier de médecin, ce n'est pas avant tout soigner des pathologies. C'est avant tout écouter beaucoup, beaucoup de problèmes qui stricto sensu ne sont pas médicaux, et pour lesquels il n'y a pas UNE seule bonne réponse. Des problèmes triviaux, banals, mais qui prennent une importance considérable pour les patients. Des problèmes qui peuvent laisser le médecin, formé à trouver une solution à un problème médical, impuissant à trouver une réponse à ces problèmes non médicaux. Ainsi des mères de famille qui se plaignent que leurs jeunes enfants refusent tel ou tel aliment, tel ou tel plat, pourtant préparé avec amour (p. 146, p. 152).

11.3.2.3 Ce que le livre nous apprend sur le médecin

Un médecin de campagne...

Le cabinet du Dr Sachs se situe dans une commune rurale, dans une région ayant pour centre administratif la ville imaginaire de Tourmens qui serait dotée d'un CHU. Sachs semble connaître tout le monde, ou presque. Il connaît personnellement les commerçants de la commune : boucher-charcutier, marchand de journaux.

En tant que médecin de campagne, Sachs est avant tout un clinicien, qui prescrit le minimum nécessaire d'exams, de médicaments, et hospitalise à bon escient (p. 129, p. 150, p. 460). Cette caractéristique cependant ne plaît pas à tous ses patients, notamment ceux qui sont demandeurs d'exams (p. 129, p. 150).

Sachs fait aussi beaucoup de visites à domicile ; sait se rendre disponible quand les gens l'appellent à leur chevet, même un dimanche (p. 192), même la nuit quand il est de garde (pp. 223-230). Ce faisant, il rentre au cœur de l'intimité de ses patients, découvre leurs conditions de vie. Métier émotionnellement exigeant, éreintant, Sachs devient le témoin obligé de leurs souffrances sous toutes leurs coutures, de leur naissance jusqu'à leur mort ; de leur « *misère affective* » et sociale, de leur « *haines rentrées* », et de leurs « *malentendus empilés* » (p. 228, pp. 251-257, pp. 643-644). Il aide les familles endeuillées à dévêtir leurs morts, puis les nettoyer et les habiller avec leurs plus beaux vêtements (pp. 646-648).

Très consciencieux et zélé, il repasse voir les patients « *même s'ils n'avaient rien demandé* », refusant de se faire payer pour ces visites supplémentaires (p. 127).

Un médecin clivant

Sachs est décrit par un collègue généraliste, Jérôme Boule, qu'il avait remplacé avant de s'installer, comme quelqu'un de « *borné, hypermoral, un peu con. Très con. Très apprécié. Enfin, pas par tout le monde* » (p. 128). Notamment par le pharmacien, parce qu'il donne des échantillons gratuits à ses patients (p. 128). Ou encore par une consœur phlébologue-angiologue installée depuis peu à Tourmens et qui vient se présenter au cabinet de Sachs ; ce dernier mi-figue mi-raisin, lui réserve un accueil des plus mitigés, moqueur et ironique (pp. 195-197).

Cet ironique pied-de-nez à soi-même fait-il écho au Martin Winckler très médiatique que nous connaissons, chantre et héraut reconnu de la relation médecin-patient, mais clivant dans le milieu médical ? Possiblement...

Cependant, aussi bien dans la bouche de Jérôme Boule, son collègue généraliste (p. 125, p. 127), que de celle de sa secrétaire, Madame Leblanc, Sachs est ouvertement apprécié par la majorité de ses patients, qui « *disent [qu'il] les écoute bien* » (p. 135), bien que certains, insatisfaits, le quittent pour d'autres médecins.

L'opposition envers certains de ses confrères peut prendre une tournure violente. Page 466, il évoque le cas de Mr Guilloux, un de ses patients atteint d'un cancer du larynx. Ce dernier présente des œdèmes volumineux des membres inférieurs et « *des organes génitaux* ». Sachs reproche à la médecin de garde qui a vu Mr Guilloux un dimanche de n'avoir rien fait, et de ne pas avoir essayé des diurétiques comme lui-même l'aurait fait : « *La qualité de vie, vous savez ce que c'est, connaisse ?* ». NB : dans un contexte néoplasique, les œdèmes des membres inférieurs peuvent être liés à une hypoprotidémie de dénutrition, des phlébites et des obstacles au retour veineux.

... sensible à la psychologie humaine

Sachs accorde une importance capitale à l'écoute et à la relation médecin-patient ; cela lui donne « *une image mi-psy mi-confesseur* » d'après son confrère Jérôme Boule (p. 130).

Il respecte les volontés (p. 257, p. 386, pp. 400-401) ; la pudeur et l'intimité psychique de ses patients (pp. 113-114).

Il évite de juger, « *d'engueuler* » et de faire culpabiliser ses patient(e)s (p. 193, p. 346) ; de créer des rapports d'autorité et de pouvoir avec eux.

Il ne fait pas d'annonces de maladies graves sans chercher à préparer psychiquement ses patients à celles-ci (p. 198-201).

Il tient à délivrer un message d'espoir raisonnable et d'optimisme en toute circonstance (p. 237).

Il a pour objectif le soulagement immédiat, ou du moins le plus rapide possible, de la souffrance physique, psychique et morale (pp. 294-295 ; 348-354).

Il tient à garantir de façon maximale le secret médical, et les secrets qui lui sont confiés, même d'une fille à sa mère : « *ce qui se dit ici ne sort pas d'ici [...]. Pour un vrai médecin, le secret, c'est absolu* » (p. 525).

Un portrait sans fard

Sachs n'a aucunement la prétention d'être un médecin parfait. Il n'a pas toujours été ce médecin faisant preuve d'humanité, respectueux des autres. Il a évolué intérieurement depuis ses études de médecine, en faisant un profond travail sur lui-même. Sachs, âgé et expérimenté, juge Sachs quand celui-ci n'était alors qu'un (tout) jeune médecin débutant, nous racontant les échecs relationnels, et dans une moindre

mesure biomédicaux qu'il a eus avec ses patient(e)s ; expliquant ou imaginant les raisons pour lesquelles un jour, un(e) patient(e) ou une famille le quittent et ne viennent plus jamais le revoir.

Les erreurs commises par Sachs sont par exemple les suivantes :

- Mettre en doute le vécu douloureux d'un patient (p. 205)
- Poser des questions personnelles aux patients, et donc prendre le risque d'être ressenti comme « intrusif » par certains (p. 207)
- Attribuer trop rapidement à une douleur organique sans cause identifiée une origine psychique (pp. 214-215)
- Vouloir soigner un patient pour autre chose que son motif principal de consultation, en minorant unilatéralement l'importance de ce dernier (p. 216)
- Recoudre les grandes lèvres au lieu des berges d'une épisiotomie (p. 477)
- Trouver une tension élevée à un patient, ne pas le lui dire pour une raison qui lui échappe (volonté de banalisation), au risque de le regretter plus tard (p. 482)

On comprend donc que Sachs apprend de ses patients, qu'il se remet perpétuellement en cause, et que chaque échec relationnel est une opportunité pour lui d'améliorer et de parfaire sa relation avec ses patients.

De même, Sachs nous raconte comment ses patients le voient, depuis qu'il s'est mis en couple avec Pauline Kasser : « *Tu es beaucoup mieux habillé, tu te changes tous les jours, tes cheveux ne sont plus jamais longs comme ils l'étaient.[...] Tu as pris un peu de poids. [...] Les gens [...] te trouvent plus patient, moins nerveux, moins moqueur qu'avant. Plus attentif. Plus rapide, aussi* », car voulant avoir davantage de vie sociale (p. 570).

La maladie de Sachs : le spleen d'un médecin trop dévoué, hypersensible, excessivement empathique envers ses patients, et trop peu empathique envers lui-même ?

Médecin hyperactif, profondément engagé, perfectionniste, idéaliste, dévoué corps et âme à la santé de ses patients, Sachs a littéralement une rage dantesque, surhumaine pour soigner, soigner et encore soigner, dans tous les sens et dimensions que ce mot, « soigner », peut recouvrir. Et Sachs ne compte pas ses heures pour ce qu'il estime être plus qu'un métier, une vocation et un devoir personnel.

Devant les injustices, des situations qui le révoltent sur les plans tant humain, moral, éthique que social, et qui l'affectent, Sachs finit par développer une colère existentielle, menaçant de déborder à tout instant. Colère qu'il estime légitime et qui lui donne la force de soigner (p. 374, p. 389) ; mais colère qui fait de lui un être parfois incompris des autres.

Chose plus discutable, au-delà du tempérament impétueux et « tout-ou-rien » de Sachs, sa colère peut devenir personnelle, au sens qu'il la ressent, sans jamais cependant l'extérioriser, envers certaines familles de patients. Une « haine », même, qu'il ressent par exemple avant de raccrocher au nez d'une « ordure » (p. 389), plus précisément la sœur de Georges Destouches, un homme alcoolique, handicapé et « malpropre » (p. 383), vivant avec sa mère, qui souhaite le faire hospitaliser sous contrainte en psychiatrie malgré l'avis contraire de sa mère (p. 257 ; pp. 382-386).

Cette haine, Sachs la ressent également face à la mère très froide, sèche et distante d'un garçon encoprésique à cause de sa « relation désastreuse » avec sa mère. L'espace d'un instant, Sachs a des idées de meurtre envers cette dernière (pp. 389-390). On dirait qu'il s'identifie à ses patients, fait corps avec leurs malheurs, et perd en objectivité. Il prend parti pour tel ou telle patient(e), pas seulement médicalement, factuellement, mais émotionnellement. Son Surmoi menace parfois d'exploser, ce qui n'arrive cependant jamais concrètement.

Bruno Sachs présente également parfois une vision sombre, pessimiste et blasée de la médecine, de son pouvoir en tant que médecin : « *Pour faire ce boulot [de médecin] jusqu'au bout, il faut être cinglé. Il n'y a que des cinglés pour vouloir sauver la vie des gens, sans se rendre compte que c'est impossible. Ceux qui font semblant de croire le contraire sont des salauds* » (p. 374). Ou encore : « *Être médecin, c'est prêcher le mensonge.* » (p. 587). Il y a un profond désabusement sur la condition humaine ; le pouvoir et le rôle de la médecine dans de tels propos.

Ce dont Sachs ne semble pas se rendre compte ; n'avoue pas explicitement au lecteur, c'est qu'il tombe un peu au final dans le piège de l'hyper-empathie et de la sympathie envers ses patients. A trop écouter son prochain, il prend le risque de ne plus s'écouter lui-même. En devenant une éponge et le réceptacle parfait du trop-plein de souffrance de ses patients, en s'identifiant à eux, il devient malade de son excès d'empathie. C'est probablement cela, la maladie de Sachs.

Et c'est en ce sens qu'écrire permet de combler ce hiatus d'écoute et de disponibilité émotionnelle. En s'accordant du temps à lui-même par le simple jeu de l'écriture, Sachs retrouve une temporalité qui le remet en phase avec son Moi profond, restaurant une Moi-peau protectrice. L'écriture joue le rôle de catharsis de tous ces non-dits qui non exprimés seraient trop lourds à porter, même pour une âme professionnellement aguerrie à garder une certaine distance affective (pp. 648-649).

11.3.2.4 Ce que le livre nous apprend sur la relation médecin-patient

Un récit qui touche et émeut, parce que l'auteur lui-même est ému

Fruit de centaines, de milliers de rencontres, consultations, visites avec ses patients ; d'histoires totalement dissemblables ou qui au contraire se font écho (pp. 269-275), ce livre constitue un exercice inédit d'ouvrage réflexif écrit par un médecin, visant à imaginer avec finesse, délicatesse et précision, et sans filtre, les pensées, émotions et sentiments de ses patient(e)s.

En effet, on entre au cœur de l'intimité psychique, morale et existentielle des patients.

Ces sentiments, ces émotions, Winckler alias Sachs arrive à nous les communiquer avec brio, à nous les rendre éminemment palpables et perceptibles.

Plus encore, on devine que si Sachs arrive à nous communiquer si bien les sentiments et émotions de ses patient(e)s, à nous les restituer avec grâce et majesté, c'est parce qu'il est lui-même infiniment touché par leurs affects, leur détresse et leur souffrance.

Ce qui au final nous laisse, nous lecteur, plus d'une fois sans voix, le souffle coupé devant cette souffrance à l'état brut qui nous est racontée.

Exemples :

- p. 212, souffrance psychique et morale d'une femme qui vient pour une IVG : « *Je me souviens que ce jour-là j'avais le cœur glacé, douloureux comme quand on met les doigts nus dans la neige, je me sentais en même temps détachée et déchirée* » ;
- p. 414, deux sœurs qui se rappellent avoir trouvé leur grand-père mort : « *ça m'en a fichu un coup ! [...] ben moi aussi, ça m'en a fichu un coup* ».
- p. 495, Madame Destouches, une mamie qui s'est résolue à hospitaliser sous contrainte son fils Georges, alcoolique, handicapé et ayant des troubles du comportement. Georges lui a sauvé la vie en appelant Sachs un jour qu'elle était gravement malade, mais c'est une vie dont elle révèle qu'en fait elle n'en voulait plus : « *Et nous restons là, un long moment, sans rien dire, toi à me tenir la main, et moi à pleurer sur ces années que mon fils m'a données et dont je ne voulais pas* »

- p. 504, un jeune lycéen, complexé par son homosexualité, qui tombe amoureux de son prof de maths et vit en couple avec lui depuis cinq ans. Tous deux sont des patients de Sachs : « *Ce matin, ils sont venus me consulter tous les deux. Ça fait cinq ans qu'ils vivent ensemble.* »
- p. 577, un homme qui vient de faire un infarctus du myocarde, raconte à Sachs le suicide de son fils : « *Il a posé son cartable sur la table, il a pris mon fusil accroché au mur, il l'a chargé, il est monté dans sa chambre et...* »

Une grande humanité et un immense hommage à ses patient(e)s

Le livre exhale et exalte une grande humanité, celle dont le Docteur Sachs fait preuve en se penchant sur les petits et grands maux de ses patients, leurs grandes et petites misères. Il est au contact de leur souffrance ordinaire, une souffrance bien souvent tue, bien souvent intériorisée.

C'est en donnant la parole à ses patient(e)s, en essayant de les comprendre, de voir l'invisible et de dire l'innommable, que Winckler leur rend un immense hommage, une reconnaissance de leur humanité première dans leurs maladies, avant leurs maladies.

Car il ne les voit pas en tant que malades. Il les voit à travers leurs propres yeux, il essaie de faire corps avec leurs aspirations profondes. Pour guérir les corps, il tente de se connecter directement à leurs âmes.

Winckler fait preuve de ce que les anglo-saxons nomment « *insight* », un mot qui n'a pas de traduction équivalente en français, et qui veut littéralement dire : « *voir à l'intérieur des gens* ». Ce n'est pas de la télépathie, de la prestidigitation, du mentalisme ou même de la prescience, c'est de l'empathie pure tout simplement, offerte sans en attendre de retour, et qui fait le médecin plus que les études ne l'ont fait médecin.

11.4 Le Chœur des femmes

11.4.1 Résumé et description du type de l'ouvrage

Cf. Résultats. Définition de sept thèmes d'analyse à partir de la lecture des romans. p. 34.

11.4.2 Analyse et commentaires

11.4.2.1 Ce que nous apprend le livre sur les patientes

Des patientes victimes de la maltraitance et de violences gynécologiques et obstétricales

Une expression inédite a été créée relativement récemment : la maltraitance gynécologique.

Le Chœur des femmes est principalement un récit polyphonique de telles erreurs de communication, donnant la parole aux femmes sur leur vécu. Exemples :

- p. 98, une jeune adolescente de 14 ans, violée par son oncle, a peur de tomber enceinte. Elle demande à un médecin, qui n'est pas son médecin traitant, qu'il lui prescrive la pilule, sans arriver à lui expliquer sa terrible histoire. Sa réponse est édifiante : « *Ah bon, vous avez déjà des rapports sexuels ?* ». Ce médecin ne cherche pas à comprendre pourquoi elle est incapable de parler, de s'exprimer ; pourquoi elle se referme sur elle-même ;
- pp. 143-145, un gynécologue obstétricien de garde procède à une extraction fœtale en urgence par forceps du fait d'un ralentissement du rythme cardiaque fœtal, sans regarder la mère et sans lui dire un mot. Pire encore, il semble faire chuter accidentellement le nouveau-né, mais ne dit

rien là non plus à la mère. Le nouveau-né mourra plus tard de ses blessures, mais l'équipe soignante se défause et tente de faire porter la responsabilité sur la mère.

- p. 159, Mademoiselle A raconte qu'elle est tombée enceinte sous pilule, pilule qu'elle n'a jamais oubliée ; elle a dû se résoudre à avorter. Le gynécologue de Mademoiselle A ne la croit pas quand celle-ci lui assure qu'elle prenait bien sa pilule et qu'elle ne l'a jamais oubliée, la traitant d'« irresponsable » (p. 162) ;
- p. 172, Karma raconte à Atwood sa colère d'avoir dû avorter plusieurs patientes d'un confrère gynécologue, qui leur avait enlevé leur stérilet en fin de course, et leur avait dit de « *s'abstenir ou de faire attention* » avant la pose d'un nouveau stérilet, les laissant sortir sans contraception ;
- pp. 258-259, une femme qui a besoin d'écoute dit à son obstétricien qui l'a déjà accouchée : « *j'en ai gros sur le cœur* ». Il lui répond un méprisant : « *Mais, ma petite dame, je ne suis pas cardiologue...* » ;
- p. 382, une autre qui n'a plus de libido depuis qu'elle prend la pilule et à qui son gynéco lui dit que « *c'est dans la tête* » ;
- p. 385, une femme de 30 ans, qui après avoir avorté, se voit dire par l'équipe d'orthogénie qu'elle doit prendre la pilule pour permettre de « *mieux cicatriser son utérus* » ;
- p. 391, une femme de 33 ans qui à l'occasion de sa 4e césarienne se voit proposer 5 min avant son bloc une ligature des trompes. Elle regrette par la suite, voulant avoir un nouvel enfant.

NB : En dehors du livre de Winckler, les autres violences/maltraitances gynécologiques/obstétricales dont se plaignent les internautes sont par exemple les suivantes :

- les épisiotomies sans avertissement préalable, ou encore des pratiques douloureuses telles qu'un décollement des membranes réalisé sans consentement, de même qu'une expression abdominale sans consentement^{1,2}
- le fait de pratiquer un toucher vaginal sur une patiente endormie sans son consentement préalable, pratique qui pourrait s'apparenter à un viol³
- la rupture du secret médical entre une ado mineure et ses parents⁴
- Un dépistage d'une infection cervicale à HPV avant l'âge recommandé en France de 25 ans
- des propos blessants voire insultants, humiliants ou encore sexistes ; des examens douloureux et imposés ; l'absence de prise en compte des émotions et de la douleur vécues par les patientes lors de leur accouchement, des césariennes avec une anesthésie inefficace, et surtout, les déficits répétés d'explications et d'informations, comme en attestent les témoignages recueillis dans le

¹ Contre les violences gynécologiques, la lutte prend corps [Internet]. Libération.fr. 2017. Disponible sur: http://www.liberation.fr/france/2017/08/15/contre-les-violences-gynecologiques-la-lutte-prend-corps_1590109

² Enquête Franceinfo. Césariennes à vif, épisiotomies imposées... Le grand tabou des violences durant l'accouchement [Internet]. Franceinfo. 2016. Disponible sur: https://www.francetvinfo.fr/sante/cesariennes-a-vif-episiotomies-imposees-le-grand-tabou-des-violences-durant-l-accouchement_1881273.html

³ Topsante.com. Une tribune dénonce les touchers vaginaux effectués sur patientes endormies - Top Santé [Internet]. 2015. Disponible sur: <https://www.topsante.com/medecine/medicaments/scandales-sanitaires/une-tribune-denonce-les-touchers-vaginaux-effectues-sur-patientes-endormies-236493>

⁴ Lahaye M-H. Des témoignages de violences obstétricales et du mépris des médecins [Internet]. Marie accouche là. Disponible sur: <http://marieaccouchela.blog.lemonde.fr/2016/10/31/des-temoignages-de-violences-obstetricales-et-du-mepris-des-medecins/>

blog *Marie accouche là*, sur le Nouvel Observateur⁵, France Culture⁶, Le Figaro⁷ et Baby France⁸

- le « *point du mari* » pratique consistant à rajouter un point supplémentaire lorsqu'une épisiotomie est recousue, ce qui est censé accroître le plaisir de l'homme mais occasionne des dyspareunies systématiques chez la femme^{9,10}.

Dans l'écrasante majorité des cas, les maltraitements/violences gynécologiques/obstétricales sont donc des erreurs de communication, des paroles maltraitantes et une mauvaise relation entre les patientes et leur médecin.

La parole des femmes s'est libérée grâce à Internet. Un hashtag a été créé sur Twitter pour dénoncer les maltraitements gynécologiques : *paye ton utérus*^{11,12}.

Les violences obstétricales ont même été reconnues par le Haut Conseil à l'Égalité¹³.

Par ailleurs, un site a été créé à l'initiative des patientes, pour répertorier les différents praticiens (généralistes, sages-femmes, gynécologues) ayant une approche plus « *féministe* » du soin médical, le site Gyn&Co¹⁴. Un site sur lequel on découvre que des patientes apprécient que leur professionnel de santé leur laisse faire des auto-prélèvements, soient *fat-friendly* ou *sexworker-friendly*.

Pour l'acceptation des différences telles que l'intersexualité

Le *Chœur des femmes* aborde l'épineuse question de l'intersexualité. Et pour cela, il noue l'intrigue autour de l'intersexualité de Jean Atwood et de son jumeau Camille, victime d'une terrible erreur médicale concernant son genre. Camille est né intersexué(e), a été opéré(e) à la naissance (ablation des testicules) puis plus tard, a été élevé(e) et a grandi socialement comme une fille, mais s'est senti garçon « *depuis le début* ».

Probablement peu de lecteurs le savent, mais cette histoire renvoie à une histoire vraie quoique différente, celle du cas John/Joan, ou Brenda/David Reimer^{15,16}.

Bruce, un garçon né en 1965 au Canada, eut accidentellement son pénis irrémédiablement lésé au cours d'une circoncision ratée pendant une opération pour un phimosis. Il avait un frère jumeau, Brian, qui a

⁵ Violences gynécologiques : ces 7 histoires vont vous mettre en colère [Internet]. L'Obs. Disponible sur: <http://www.nouvelobs.com/rue89/nos-vies-intimes/20170920.OBS4907/violences-gynecologiques-ces-sept-histoires-vous-mettrent-en-colere.html>

⁶ Collection Témoignages : Maltraitance gynécologique [Internet]. France Culture. Disponible sur: <https://www.franceculture.fr/emissions/sur-les-docks/collection-temoignages-maltraitance-gynecologique>

⁷ Figaro M. Ces gynécos archaïques qui font souffrir leurs patientes [Internet]. Madame Figaro. 2014 Disponible sur: <http://madame.lefigaro.fr/societe/Maltraitements-gynecologiques-211114-82745>

⁸ Babyfrance.com - La maltraitance gynécologique, si on en parlait? » Grossesse, Bébé & Enfant: Babyfrance.com la référence des parents [Internet]. Disponible sur: <https://www.babyfrance.com/fr/guide-bebe/ma-grossesse/suivi-et-tests-medicaux/le-gynecologue/4051-la-maltraitance-gynecologique-si-on-en-parlait>

⁹ « Point du mari » après l'accouchement : je n'y ai pas cru... jusqu'à ce que je le voie [Internet]. leplus.nouvelobs.com. Disponible sur: <http://leplus.nouvelobs.com/contribution/1164169-point-du-mari-apres-l-accouchement-je-n-y-ai-pas-cru-jusqu-a-ce-que-je-le-voie.html>

¹⁰ Témoignages : « j'ai été victime du point du mari » [Internet]. Magicmaman.com. Disponible sur: <http://www.magicmaman.com/point-du-mari-temoignage.2436684.asp>

¹¹ <https://www.topsante.com/medecine/gyneco/petits-maux/payetonuterus-le-hashtag-pour-raconter-ses-histoires-de-gyneco-73695>

¹² <https://twitter.com/hashtag/payetonuterus?lang=fr>

¹³ Lahaye M-H. Les violences obstétricales reconnues par le Haut Conseil à l'Égalité [Internet]. Marie accouche là. Disponible sur: <http://marieaccouchela.blog.lemonde.fr/2018/07/02/les-violences-obstetricals-reconnues-par-le-haut-conseil-a-legalite/>

¹⁴ Gyn & Co [Internet]. Disponible sur: <https://gynandco.wordpress.com/>

¹⁵ Lanez É. L'expérience tragique du gourou de « la théorie du genre » - Page 2 [Internet]. Le Point. 2014. Disponible sur: http://www.lepoint.fr/societe/l-experience-tragique-du-gourou-de-la-theorie-du-genre-31-01-2014-17865138_23.php

¹⁶ David Reimer — Wikipédia [Internet]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/wiki/David_Reimer

échappé à l'opération. Les parents ont demandé l'aide de John Money, médecin, psychologue et sexologue, et père de la « *théorie de genre* »¹⁷. Money a incité les parents à faire opérer Bruce en vue d'une réassignation sexuelle. A l'âge de 22 mois, Bruce/Brenda a eu les testicules enlevés chirurgicalement, puis reçut une hormonothérapie au cours de l'enfance. Brenda grandit douloureusement. A l'adolescence, elle sent sa voix devenir grave, confie être attirée par les filles, refuse la vaginoplastie que veut lui imposer Money. Brenda cesse d'avaler son traitement, se fait prescrire de la testostérone. Elle se sent garçon emprisonné dans un corps de fille. Paniqués, les parents révèlent la vérité aux jumeaux. Brenda redevient David, il se marie à une femme. Mais les divagations identitaires ont ébranlé les garçons. En 2002, Brian se suicide. Le 5 mai 2004, David fait de même.

Cela a été un échec retentissant pour la théorie du genre de Money, qui l'a particulièrement décrédibilisé. Cette histoire montre à quel point le consentement de l'enfant doit toujours être recherché, et s'il ne peut être obtenu, nécessite d'attendre l'adolescence ou la majorité légale en vue d'une hormonothérapie correctrice voire d'une éventuelle réassignation sexuelle chirurgicale. Autre possibilité chez l'enfant, une chirurgie, mais qui doit alors être la plus minimale possible.

A noter que Winckler ne remet pas en cause la théorie du genre. Il combat le fait d'imposer un genre qui n'est pas le sien à un être humain, qu'il soit mineur ou adulte.

C'est donc la possible tentation du médecin de se prendre pour Dieu, au détriment de l'intégrité psychique et corporelle de l'Autre, que Winckler combat farouchement.

11.4.2.2 Ce que nous apprend le livre sur le médecin

En l'occurrence, il y a deux médecins dans *le Chœur des femmes*, Karma et Atwood.

Tout d'abord, notons un conflit de légitimité pour exercer l'activité de gynécologue, entre Jean Atwood, interne de spécialité en gynécologie-obstétrique fraîchement émoulue, et Franz Karma, généraliste de formation. A la réussite académique d'Atwood, Karma oppose sa grande expérience pratique et celle de la relation médecin-patient. Karma forge sa légitimité professionnelle non seulement par ses résultats cliniques, mais aussi et surtout par sa relation privilégiée et particulière qu'il entretient avec ses patientes, une relation qu'il travaille et parfait sans relâche de manière à la rendre la plus optimale possible.

Ensuite, dans le fait qu'Atwood veuille se tourner vers une activité principalement de chirurgie, l'évitement délibéré et avoué de la relation médecin-patient relève probablement d'un mécanisme de défense de ses propres émotions en réponse à son exercice quotidien de la médecine. Plus qu'un choix assumé de préférer la technique au relationnel, on peut y voir un manque d'élaboration psychique dans ce qui définit le sens et l'essence de la médecine, à savoir une profession scientifique, plus ou moins technique, mais également par définition accordant une large place à l'humain et au relationnel. Nier cette évidence, c'est un peu comme au final passer à côté de quelque chose qui pourrait rendre son exercice plus excitant et enthousiasmant, et s'amputer d'une partie de son humanité.

La situation décrite par le livre, d'une interne en fin de cursus qui maîtrise peu les aspects médicaux de sa profession et qui n'a jamais posé de stérilet (p. 55), est improbable.

¹⁷ John Money. In: Wikipédia [Internet]. 2019. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=John_Money&oldid=145979141

Mais une vision trop manichéenne et sélectivement critique

Là on peut critiquer Winckler, c'est que sa critique des mauvaises pratiques réelles ou supposées de ses confrères, vise exclusivement les médecins spécialistes, hospitaliers ou libéraux. A leur égard, il avoue « *conchier la confraternité* » (p. 431). Cependant, ses critiques épargnent les médecins généralistes, dont certains ne sont pourtant pas exempts de comportements discutables voire de fautes professionnelles. A lire Winckler, on a l'impression que tout est noir ou blanc, qu'il y a les saints – généralistes et rares spécialistes – d'un côté, et les salauds de l'autre – tous les autres spécialistes. Or, cette vision est bien évidemment trop manichéenne et partielle.

Winckler montrerait-il une certaine forme de jalousie vis-à-vis de ses confrères spécialistes ?

Si tel était le cas, on pourrait lui rétorquer que le concours de l'internat, devenu ECN puis ECNi, est basé sur le mérite, certes académique, mais garantissant une véritable méritocratie. Et que par ailleurs, médecins des soins primaires et spécialistes sont étroitement complémentaires, n'ayant réciproquement pas les compétences ni des uns ni des autres, et c'est de l'amélioration des relations entre eux que peut découler une meilleure prise en charge des patients, seul objectif éthiquement valable.

11.4.2.3 Ce que nous apprend le livre sur la relation médecin-patient

Un hymne à la relation médecin-patient

Le Chœur des femmes représente un véritable hymne à la relation médecin-patient.

Une phrase du livre résume à elle seule la pensée de Winckler :

« Tous les patients ne sont pas aimables ; mais ils n'ont pas besoin d'être aimés pour aller moins mal. Ils ont juste besoin que tu les respectes. » (p. 183)

De manière sous-jacente, il y a le respect infini et inconditionnel du patient, être incarné, prochain, et alter ego tout à la fois.

Le sujet d'étude de Winckler, ce n'est même pas juste la médecine, c'est la nature humaine dans toute sa richesse, sa complexité et ses contradictions.

Les consultations menées par Franz Karma sont dominées par l'écoute active. A elle seule, l'écoute est thérapeutique. Karma ne coupe jamais la parole à ses patientes, quand bien même celles-ci lui racontent leur vie. Car Karma pense que leur contexte psychosocial fait partie intégrante de leur problématique clinique. Il estime que parfois même, leur problématique clinique se résume à des difficultés psychosociales, et le simple fait d'écouter ses patientes aide ces dernières à élaborer une réponse à leur problématique. Comme quoi cette relation transférentielle et contre-transférentielle sert les patientes de Karma comme pour tremplin pour l'Agir.

Cependant, les entretiens-fleuves qui émaillent le roman dessinent une vision idéale de l'entretien médecin-patient, en pratique difficilement réalisable pour des consultations, qui ont une durée moyenne de 14 à 15 min en ce qui concerne les médecins généralistes en France¹⁸.

Là où le bât blesse, c'est qu'il n'est nullement nécessaire en France, dans la sélection des étudiants en médecine, d'avoir un bon relationnel avec le patient. La relation médecin-patient, en gynécologie mais également dans toutes les autres disciplines médico-chirurgicales, est en effet la grande oubliée de l'enseignement des 1^{er}, 2^e et 3^e cycles des études médicales en France, à l'exception faite du TCEM du

¹⁸ Chambonet J-Y, Barberis P, Peron V. How long are consultations in French general practice? European Journal of General Practice. 11 juill 2009;6:88-92.

DES de médecine générale, les différents DUMG mettant particulièrement l'accent sur la formation à la relation médecin-patient.

Ce que Martin Winckler critique à juste titre, c'est que la France est en retard sur ce point crucial par rapport aux pays anglo-saxons, le Canada historiquement, mais également les autres pays anglo-saxons, Etats-Unis et Royaume-Uni.

Le *Chœur des femmes* recèle plusieurs notions importantes sur la relation médecin-patient en gynécologie, ainsi que des données scientifiques intéressantes même pour un lecteur médecin :

- distinction entre le motif primaire, déclaré et public ; et le motif secondaire, caché et privé : les gens viennent consulter pour des motifs divers, mais qui en fait s'avèrent être souvent un « prétexte », « une excuse » pour « parler d'un truc qui les angoissent infiniment plus » (p. 242). Des patients qui viennent juste pour parler d'un problème qui les accable. Qui inconsciemment cherchent, l'espace d'une ou de plusieurs consultations, un(e) confident. Auquel ou à laquelle ils peuvent « ouvrir leur cœur » ;
- ne jamais juger les patient(e)s
- ne jamais mettre en doute la véracité du vécu des femmes, par exemple lorsqu'elles assurent avoir eu une grossesse sous pilule bien prise et jamais oubliée, ou lorsqu'elles disent ne pas tolérer la pilule ;
- on ne peut pas normer le corps, ni la sexualité ou la psychologie des femmes
- le désir de maternité ou de non-maternité n'appartient qu'aux femmes, quel que soit leur âge, leur nombre d'enfants, leur condition socio-économique ;
- le choix de la méthode de contraception revient entièrement à la patiente qui consulte ;
- respect de la pudeur des patients : il n'est pas nécessaire de demander aux patients de se déshabiller entièrement, l'examen pouvant se faire en deux temps (examen du haut puis du bas) ;
- ne pas demander à une jeune fille, une adolescente qui demande pour la première fois une contraception si elle a déjà eu des rapports sexuels (p. 92) ;
- un stérilet en place dans la cavité utérine peut tourner ; cela n'enlève rien à ses propriétés contraceptives, qui tiennent à la toxicité du cuivre sur les spermatozoïdes ;
- ne jamais laisser une patiente en période d'activité génitale sans contraception ; notamment, ablation et pose d'un nouveau stérilet peuvent se faire au cours de la même consultation ;
- examen gynécologique en décubitus latéral ;
- accouchement en décubitus latéral gauche ;
- une contraception continue n'altère pas la fertilité des femmes ;
- possibilité de se passer de pince de Pozzi lors de la pose d'un stérilet ;
- possibilité de poser un stérilet à une femme nullipare ;
- la relation médecin-patient peut se poursuivre sur Internet au niveau des forums médicaux, dans lesquels des médecins bénévoles peuvent délivrer des informations de qualité aux internautes qui en demandent.
- Les mères doivent respecter l'intimité psychologique et physique de leurs filles qui consultent en gynécologie. Ces dernières ont le droit de consulter seules, sans leur mère.
- L'attirance et les préférences sexuelles ne sont pas superposables à l'identité sexuelle (p. 499)

Un livre résolument engagé

Winckler a notamment raison sur un point : le fait qu'en étant soignant la limite entre bienfaisance et maltraitance puisse être facilement franchie. Il s'oppose à une vision trop technicienne ou scientiste de la médecine, considérant un patient avant tout comme un organe ou une machine à réparer ; ou qui prétend imposer avec condescendance un savoir immuable au profane. Autant de choses qui dénaturent et déshumanisent profondément le soin, et distancient, fragilisent la ô combien délicate et difficile relation médecin-patient.

11.5 Le point de vue de l'auteur sur son œuvre

Dans sa contribution au livre de Lüsebrink et al., Martin Winckler nous explique que sa vocation d'auteur est très ancienne, et a précédé sa vocation médicale. On sent toujours ce mélange d'idéalisme engagé, exacerbé, et de pudeur qui le caractérise. Il nous fait comprendre à plusieurs reprises qu'il n'a jamais cherché la célébrité de son travail d'écrivain. Il refuse même le terme « *écrivain* », préférant se décrire comme un « *écrivain* »¹⁹. Pour lui, l'écriture doit revêtir un but noble ; servir une cause juste. À ce titre, les « *histoires de chasse* », qui moquent, critiquent ou dévalorisent les patients, sont détestables à ses yeux²⁰.

Comme tout au long de son œuvre wincklérienne, il se montre très critique vis-à-vis de « *l'inversion de la hiérarchie des valeurs* » qui caractérise selon lui le système médical et notamment hospitalo-universitaire français. Citant Emmanuel Kant, il affirme qu'il est « *indispensable de voir l'autre comme un but, et non comme un moyen* » ; en l'occurrence, de se valoriser ou de faire carrière.

Winckler nous dit également qu'il n'apprécie pas les écrits de Céline. Il ne voit en lui que de « *[l']élitisme, [de la] rancœur, [du] mépris [pour les] humains* ». Il se sent beaucoup plus proche de médecins-écrivains tels qu'Arthur Conan Doyle, Michael Crichton, Jean Reverzy, William Carlos Williams, André Soubiran et Olivier Sacks²¹.

¹⁹ Lüsebrink H-J, Madry H, Pröll J. Médecins-écrivains français et francophones. p. 80.

²⁰ Ibid. p. 79.

²¹ Ibid. p. 81-82.

12 Annexe 4 : Baptiste Beaulieu

12.1 Biographie

Cf. Résultats. Définition de sept thèmes d'analyse à partir de la lecture des romans. p. 35.

12.2 Alors voilà les 1001 vies des urgences

12.2.1 Résumé et analyse du type du livre

Cf. Résultats. Définition de sept thèmes d'analyse à partir de la lecture des romans. p. 36.

12.2.2 Analyse et commentaires

12.2.2.1 Ce que le livre nous apprend sur les patients

Page 13, le narrateur prend en charge aux urgences une patiente, Madame Didon, qui a tenté de se suicider par une intoxication médicamenteuse volontaire (IMV).

Concernant la patiente « *dans la chambre 7* », le narrateur était présent lors de la consultation d'annonce. Il a vu cette patiente pleurer, « *nue dans son humanité* » (p. 50). Se sentant proche de lui, elle l'autorise à la tutoyer (p. 50). Elle refuse les morphiniques (p. 58). Avec fierté, elle se réapproprie sa mort, comme si c'était elle seule qui décidait de la fin de sa vie, et que sa mort prochaine n'est pas imposée par la maladie ni par les soignants (p. 59). On comprend qu'elle veut reprendre le contrôle sur sa maladie, ce qui est une bonne chose dans le processus *de coping*. Elle refuse finalement de s'alimenter (p. 81). Son état se dégradera tout le long du livre, Beaulieu faisant tout pour ralentir son inéluctable fin en lui racontant des histoires de ses patients ou de ses collègues.

Le narrateur a également d'autres patients, venant pour des motifs très différents et ayant des personnalités parfois des plus variées :

- Monsieur Théodoro, qui a une spondylodiscite tuberculeuse (mal de Pott) et à SARM, qui le contraint à rester cloué au lit (pp. 17-18) ;
- un ado ivre (p. 23)
- « *Bertha Nigrédops* », une mamie de 92 ans qui souffre d'un fécalome parce qu'elle n'est pas allée à la selle depuis 11 jours (pp. 30 à 33),
- une jeune religieuse qui souffre de constipation et qui est convaincue que c'est « *Dieu qui s'est imposé à elle* » de cette façon (pp. 39-40)
- une prostituée de 67 ans qui vient consulter pour une « *irritation mal placée* » (p. 41)
- un patient qui vient pour une douleur futile au coude, ressentie lorsqu'il le « *balance violemment dans tous les sens* » (p. 43)

- un homme qui s'est sectionné le bras avec une tronçonneuse en voulant élaguer un arbre (p. 59)
- Hugo, un petit garçon de quatre ans, qui a rongé le coin d'une plaquette d'Ariel (p. 67).
- Crusoé, dix-huit ans, accident de la voie publique et multifracturé, qui ne se souvient plus que sa petite amie est morte au cours de l'accident (p. 115)
- Eponine Etain, une mamie de 92 ans, totalement sourde et aveugle, traumatisme crânien, qui « sent » la présence de son époux (p. 119)
- Georgia Auxide, une autre mamie de 88 ans, admise aux urgences pour confusion, et qui en fait s'est saoulée pour la première fois de sa vie pour noyer son chagrin d'avoir une amie décédée deux jours plus tôt (p. 121)
- Madame Koussmou, une mamie de 89 ans démente, qui complimente d'abord le narrateur en lui disant qu'il est beau, puis le rabaisse en disant qu'à son avis, « *il a une toute petite queue* » (p. 129)
- Un garçon moqueur de six ans qui a une angine et qui se moque de la petite taille du médecin-personnage principal (p. 141)
- La souffrance au travail d'une femme harcelée par son supérieur, qui s'exprime par une éruption cutanée (p. 158).
- Monsieur Job, cinquante-six ans, alcoolique cirrhotique cancéreux qui a tout perdu (emploi, épouse, domicile), mais qui a la force au seuil de sa mort de faire preuve d'ironie envers lui-même : il dit avoir réussi « *son grand chelem* » (p. 171).
- Des familles d'accueil qui négligent leur hôte (p. 190).
- Des familles de patients âgés qui manquent de compassion et préfèrent laisser ces derniers à l'hôpital, plutôt que de s'en occuper à leurs domiciles (pp. 192-193).
- Les patients dont les plaintes sont complètement loufoques, par exemple une femme électro-sensible (p. 195).
- Un couple qui se présente aux urgences, l'homme et la femme ayant chacun un sex-toy dans l'intestin (pp. 204-205).
- Un transgenre de soixante ans qui fait face aux « *injures, brimades et moqueries* » (p. 231).
- Une femme battue qui revient à répétition aux urgences pour coups et blessures, mais qui refuse à chaque fois de porter plainte contre son compagnon violent (p. 241).
- Une médecin généraliste qui appelle le SAMU pour les prévenir qu'elle emmène à sa demande un de ses patients en Suisse pour une procédure de suicide assisté (p. 250).
- Un patient qui s'est enfoncé « *un stylo ergonomique* » dans l'urètre (p. 273).

12.2.2.2 Ce que le livre nous apprend sur le médecin

Un médecin conteur qui s'inspire des histoires de ses patients

Les situations auxquelles le narrateur est confronté nourrissent sa psyché, son imaginaire, le questionnent : « *Je rencontre des gens [...] qui interrogent mon humanité. Ces questions, je les partage avec d'autres patients* » (p. 15). Les histoires s'entremêlent, se font écho, résonnent entre elles. « *Je tricote entre elles des destinées humaines* » (p. 15).

Un médecin à l'apparence juvénile

Le narrateur admet lui-même se vieillir pour être mieux pris au sérieux par ses patients (p. 16). Cette caractéristique se retrouve avec le vrai Baptiste Beaulieu, à la date où cette thèse est rédigée.

Un médecin qui peut mentir ou enjoliver les apparences pour la bonne cause

Ainsi, lorsqu'il doit s'occuper d'une mamie qui souffre d'un fécalome, en pratiquant d'abord un toucher rectal à visée diagnostique, le narrateur-héros ment à la patiente en lui disant qu'il s'appelle Samuel, comme son petit-fils, de manière à mettre cette mamie davantage à l'aise, et créer une proximité émotionnelle et relationnelle propice à la conversation (p. 30).

Le narrateur lui-même l'avoue : il est « *un peu menteur avec ses patients pour mieux les soigner* » (p. 88).

De même, il explique que savoir mentir fait partie intégrante du métier de médecin (p. 138).

Un médecin qui se retient d'exprimer aux patients sa colère

Ainsi lorsqu'un patient vient le consulter pour une douleur fantaisiste au coude, alors qu'il n'a rien médicalement parlant, et qu'il s'est pourtant rendu aux urgences pour ça (pp. 43-44). De même lorsque les filles d'une patiente âgée font preuve de froideur envers leur mère, Beaulieu dit qu'il a envie de les « *gifler* » (p. 192).

De même, lorsqu'une maman avec sa fille aux urgences l'accueille avec colère à l'instant même où il rentre dans le box de consultation, excédée par l'attente, Beaulieu lui fait gentiment la leçon, et non sans humour (p. 201).

Un médecin sensibilisé à la gériatrie

Le narrateur avoue qu'il « *aime infiniment les vieux* » (p. 125). Lorsqu'il doit évaluer la mémoire d'une personne âgée, il se sent profondément attristé de lui faire prendre conscience de ses troubles cognitifs (p. 131).

Un médecin qui a des failles

Le narrateur-héros révèle ainsi au lecteur qu'il souffre de troubles obsessionnels compulsifs, centrés sur l'hygiène et la crainte des microbes, avec des rituels de lavages pluri quotidiens des mains (p. 191).

De même, sans nous l'avouer explicitement, il a été probablement extrêmement ébranlé par le décès prématuré de sa mère, tombée malade d'un mal « *terrible* », d'évolution « *fulgurante* » (p. 189).

Ainsi, un moment où Beaulieu s'expose, affiche sa fragilité, c'est quand il évoque le souvenir de sa mère malade, serré contre elle, alors qu'elle lui rappelait des souvenirs d'enfance, essayant de le reconforter : « *Rien de ce qui a existé ne saurait disparaître. Je ne meurs pas, tu me continues* » (pp. 281-282).

Entre le narrateur-héros et la patiente de la chambre 7 ou « *femme-oiseau-de-feu* », il y a donc comme un transfert et un contre-transfert réciproques et permanents (p. 203).

Finalement, on apprend que le fils de la femme-oiseau-de-feu n'est pas vivant, mais est décédé il y a dix ans, à l'âge de vingt-quatre ans, hélas passager d'un des deux avions qui se sont écrasés sur les Twin Towers (p. 268), les transformant en volcan.

Un médecin qui reste démuni et effrayé face au mystère de la mort (p. 207, p. 216)

12.2.2.3 Ce que le livre nous apprend sur la relation médecin-patient

Un médecin qui soigne grâce à des histoires

Le narrateur prend le parti de l'atypie, en ce sens qu'il soigne non pas en cherchant à connaître systématiquement les histoires de ses patient(e)s, mais parfois en leur racontant les histoires véridiques ou imaginaires d'autres patients. Il fait donc directement de la fiction un outil pour soigner.

Ainsi, au tout début du livre, il raconte à Madame Didon, une dame admise aux urgences pour tentative de suicide et IMV, l'histoire d'un autre suicidant, Monsieur Lazare, qui a tenté de se suicider en s'immolant par le feu, a survécu gravement brûlé, et a réussi à trouver le bonheur (pp. 14-15). Il dresse un parallèle entre Madame Didon et Monsieur Lazare, en disant à la première « *qu'elle a réussi, puisqu'elle est en vie* » (p. 14).

Ainsi, grâce à la fiction, le héros-narrateur prolonge la vie de sa patiente avec le récit de celle d'un autre ; donne du sens à son geste à la lumière du geste d'un autre.

Cette idée, on la retrouve également p. 22, p. 47, p. 52, p. 65, p. 76, p. 95, p. 104, p. 109, p. 134, p. 154, p. 208, p. 232 avec la patiente de la chambre 7. En parlant de cette dernière, il jure, « *avant que sa maladie ne la tue* », qu'il la fera « *mourir de rire* » (p. 71).

Un médecin qui voit les patients avant tout comme des personnes plus que comme des corps malades (p. 200)

Beaulieu à la curiosité de connaître les gens. Il est saisi par leur humanité, par la beauté et l'unicité du genre humain (p. 200) : « *Notre métier est avant toute une succession d'échanges enrichissants. Nous rencontrons des gens. Des corps malades, bien sûr. Mais des personnes.* » (p. 200)

Un médecin qui fait preuve d'un immense respect envers ses patients

Lorsque le narrateur-héros procède à l'extraction d'un fécalome d'une mamie avec sa co-interne, il le fait avec beaucoup de déférence et de délicatesse (p. 33), quand bien même en pratique un tel acte est bien souvent pénible tant pour les patients que pour le médecin, et peut même avoir un côté répugnant pour le soignant.

Cette idée de respect infini, inconditionnel du patient, on la retrouve lorsque le narrateur-héros confie : « *Pour moi, chaque rencontre, chaque être humain croisant ma route pourrait être Zeus déguisé en mendiant ou Athéna grimée en vieille dame* » (p. 144). Patients qui sont donc une source inépuisable d'imagination pour l'auteur qui ne peut s'empêcher d'en faire à leur insu les héros d'une histoire vivante et réelle.

Un médecin qui entretient un lien affectif avec certains de ses patients

Lui-même l'avoue lorsqu'il dit « *s'être attaché* » à la patiente de la chambre 7, patiente atteinte d'un cancer et en soins palliatifs (p. 17).

De même, lorsque le narrateur-héros doit s'occuper d'un monsieur âgé qui est tombé et qui a une plaie du scalp, l'odeur de ce dernier lui rappelle celle de son grand-père (p. 131).

Mais l'attachement peut être synonyme de douleur et de souffrance, et la relation médecin-patient n'y fait pas exception. Le narrateur-héros lui-même avoue qu'il lui reste à apprendre l'indifférence (p. 139).

Briser le masque pour rester humain

C'est la philosophie de Beaulieu. Contrairement à d'autres médecins qui mettent plus ou moins consciemment, et plus ou moins volontairement un filtre et une distance émotionnels entre eux et leurs patients, de manière à se protéger au risque d'être des « *glaçons* », Beaulieu refuse « *ce masque froid d'insensibilité* ». Et ce, de manière à pouvoir recevoir les émotions, les ressentir et les transmettre à son tour (pp. 210–211). Beaulieu est émerveillé par son prochain, que celui-ci soit âgé, borgne, moche, etc.

Les soignants apprennent de leurs patients

Les patients, souvent plus âgés que les soignants qui les prennent en charge, et qui ont l'expérience de la vie, sont une leçon d'humanité et d'humilité pour ces derniers. Le processus thérapeutique dans la relation médecin-patient n'est donc pas à sens unique. Parfois, ce sont les patients qui soignent les maux existentiels du soignant :

« *On apprend des patients. Leurs expériences anciennes sont très souvent des douleurs actuelles. [...] Nous vous traitons, vous nous guérissez.* » (p. 78).

Un médecin qui prend le parti du rire et de l'humour pour soigner...

Ainsi lorsqu'il pense à l'autodérision ou à de grandes envolées lyriques pour faire accepter à ses patients un geste bien prosaïque comme le toucher rectal (p. 35).

Le narrateur avoue avoir un don pour « *faire rire les gens* » (p. 74). Il utilise le rire comme outil thérapeutique et comme moyen pour dédramatiser le vécu des patients aux urgences.

Ou de la musique pour les patients étrangers (p. 198)

...Mais le rire ne fait pas tout

Notamment lorsqu'il s'agit de consoler des patients inconsolables, par exemple une femme qui a fait une fausse couche (p. 75).

Parfois même, Beaulieu accepte que des patients parlent de leurs proches défunts comme s'ils étaient encore vivants, par pudeur, même si cela le bouleverse (p. 266, p. 268).

Les spécificités de la relation médecin-patient dans un service d'accueil des urgences

Ce sont :

- les patients qui viennent pour des motifs futiles, en réalité non urgents, qui « *encombrent* » le service et allongent le délai d'attente pour les patients qui ont vraiment besoin d'être pris en charge rapidement (p. 51) ;
- le fait que la réassurance de ces mêmes patients, souvent angoissés par la perspective d'être plus ou moins gravement malades, fait partie intégrante du travail de médecin aux urgences (p. 52)
- la loi des séries : parfois, plusieurs patients consultent d'affilée, ou du moins au cours de la même journée, pour un même motif médical (p. 124)
- une proportion importante de personnes âgées qui sont admises aux urgences, avec une charge de travail d'autant plus lourde pour le médecin (p. 120, p.131)
- côté patients, l'attente interminable, l'inconfort d'être sur un brancard, de ne pas pouvoir boire, ni manger, ni faire ses besoins (p. 146, p. 189)
- mais le fait de pouvoir soulager l'attente et l'inconfort grâce à de petites attentions (p. 258).

Un médecin qui se démarque de Winckler sur trois points :

Premièrement, le narrateur-héros ne fait pas ouvertement et explicitement de l'empathie un combat perpétuel et inachevé, son mantra et son leitmotiv, trait qui caractérise typiquement Martin Winckler, littéralement obsédé par cette dernière.

Ainsi, confronté à une jeune femme dont il suspecte un cancer du sein (pp. 36-38), il s'attache beaucoup moins que Winckler à la rassurer, l'accompagner, ou s'il le fait, ne l'écrit pas formellement dans son livre. Mais cela ne veut pas dire que Beaulieu manque d'empathie. En fait, il la revendique moins en tant que telle, mais ses actes montrent qu'il est doué d'empathie et compassion à l'égard de ses patients. On le voit par exemple lorsque le narrateur-héros-médecin contrevient au règlement pour satisfaire le souhait d'un patient cirrhotique au seuil de la mort : boire un dernier whisky (p. 171) ; ou encore lorsqu'il embrasse le front d'une dame de soixante-quatorze ans souffrant d'un méningiome frontal un réveillon du 24 décembre (p. 234).

Deuxièmement, il se montre beaucoup moins critique vis-à-vis des médecins spécialistes que Martin Winckler, notamment lors d'une consultation d'annonce de cancer, il n'exprime pas implicitement sa réprobation lorsque l'oncologue dit à la patiente, en parlant des perruquiers, qu'« *ils font ça très bien* » (p. 39), remarque dont la pertinence dans un tel contexte reste à discuter.

Troisièmement, il n'a pas le dévouement chevillé au corps et le sens du sacrifice de Winckler, en des occasions comme un réveillon du 24 décembre, où Beaulieu est pressé de rentrer voir sa famille et ne peut s'empêcher de regarder la montre en s'occupant d'un cas difficile arrivé en fin de garde (p. 234). On n'imagine pas Winckler faire passer sa vie de famille avant la santé, au sens holistique du terme, de ses patients, en tout cas pas au début de *La Maladie de Sachs*, preuve s'il en est que Winckler marque bien la transition en France d'une médecine entièrement tournée vers l'autre, héroïque et surhumaine ; à une médecine davantage à l'écoute de soi-même et accordant plus d'importance aux besoins personnels de ceux qui la pratiquent...

13 Annexe 5 : Jaddo

13.1 Biographie

Cf. Résultats. Définition de sept thèmes d'analyse à partir de la lecture des romans. p. 36.

13.2 Juste après dresseuse d'ours

13.2.1 Résumé et description du type de l'ouvrage

Cf. Résultats. Définition de sept thèmes d'analyse à partir de la lecture des romans. p. 37.

13.2.2 Analyse et commentaires

13.2.2.1 Le décor

Les histoires se succèdent dans le désordre. Jaddo nous parle de sa première année de concours, de ses différents stages durant son externat et son internat : aux urgences, en rhumatologie, en traumatologie, en obstétrique... L'auteure nous fait également partager ses premières expériences en tant que généraliste remplaçante. Toutes les histoires se déroulent dans les services hospitaliers ou en cabinet de ville.

13.2.2.2 Ce que le livre nous apprend sur les patients

Jaddo est confrontée à la souffrance ordinaire de ses patients : « *J'ai en face de moi une mère qui se meurt d'inquiétude parce que son fils de 17 ans se couche à deux heures et passe trop de temps derrière son PC, ou une femme en pleurs que son mari a abandonnée du jour au lendemain* » (p. 221)

13.2.2.3 Ce que le livre nous apprend sur le médecin

Le médecin, un être humain comme les autres

Elle nous raconte comment son expérience d'interne en soins palliatifs la déprime au point de la faire craquer au bout d'un moment : « *Je sors brutalement de mon corps, et je me vois éclater en sanglots absurdes, intarissables, comme ça, pour rien. [...] La partie qui flotte jette un œil analytique sur la partie qui pleure, et se dit que je ne vais probablement pas si bien que ça.* » (p. 150). Jaddo raconte également son surmenage, confrontée à un défilé de patients tous plus exigeants et râleurs les uns que les autres : « *A la fin de mon dernier et dix-septième-déjà-vingt-troisième, j'ai fermé la porte, j'ai fermé les volets, je me suis assise et j'ai pleuré, sans trop savoir pourquoi.* » (p. 212). Elle nous raconte également sa préférence pour les patients bien portants plutôt que très malades, émotionnellement plus lourds et difficiles à gérer : « *Les malades sont nuls. Ils puent la souffrance et la peur, ils me vident de mon énergie, ils m'aspirent, ils m'effraient. Ils sont un trou noir. Comme d'effroyables petits Shadoks :*

ils pompent, ils pompent, ils pompent, alors que j'ai si peu d'énergie à moi. [...] Je n'ai pas tant d'énergie à donner, je n'ai pas assez de force vitale pour tous, et j'en crève. » (pp. 267-268).

Une médecin qui accuse

L'auteure écrit pour ne pas oublier : « *Je reste clouée sur place, en me répétant "N'oublie pas. N'oublie pas. N'oublie pas"* » (p. 32) ; pour ne pas oublier ce qui la scandalisait durant ses années d'externat et d'internat, pour ne pas s'habituer. Elle dénonce pêle-mêle le manque de tact et d'empathie des soignants, au premier chef les médecins hospitaliers rencontrés au cours de sa formation, ainsi que l'absurdité du système de soins.

Confrontée à des soignants manquant d'empathie alors qu'elle est toute jeune étudiante (indifférents face à une patiente complètement dénudée au bloc opératoire), elle nous décrit son sentiment d'impuissance : « *et puis quelque chose me retient, je ne sais pas quoi. Ma connerie sans doute. [...] j'ai peur d'être ridicule* » (p. 32)

Jaddo dénonce à maintes reprises les aberrations du système de santé, oubliant les intérêts du patient et de la société. Elle nous parle également de ses peurs, de son impression d'incompétence parfois.

Ce livre est un témoignage et une révolte. Jaddo est à bien des égards un médecin en colère, comme Winckler, contre toutes les personnes et toutes les choses qui portent préjudice aux patients, dont elle défend rigoureusement et avec ardeur les droits.

Le poids de la hiérarchie :

Jaddo critique dans l'un de ces récits le fonctionnement très hiérarchisé et pyramidal de l'hôpital : « *le grand chef de service, les chefs de clinique, les internes, les externes* ». Les externes n'ont pas le droit de s'adresser directement au « *blouse super blanche* », le chef, sans passer par les « *blouses intermédiaires* » (pp. 67-69).

L'ambiance très stressante de l'hôpital, notamment lors des staffs (p. 100)

L'absurdité du système de soins et de l'administration :

Jaddo dénonce le temps et l'argent perdus faute de communication entre les services. Le manque de lien entre les EHPAD et le service des urgences, par exemple, ralentit au final la prise en charge des pensionnaires (p. 56). Les examens faits au sein de l'hôpital ne sont pas transmis au médecin généraliste, du fait du retard quand ce n'est pas l'absence de courrier de sortie. Ainsi, après une hospitalisation, quand un patient reconsulte en ville son médecin traitant, celui-ci ne connaît pas les examens et les bilans réalisés. Tout ceci coûte de l'argent puisque certains examens vont être refaits en ville une seconde fois (p. 324). La prise en charge en est passablement dégradée et ralentie.

Jaddo dénonce des pratiques affairistes et mercantiles. Ainsi, le fait que dans son hôpital il existe pour le service un certain nombre de places d'IRM par semaine qu'il faut utiliser « *sinon après on nous les enlèvera. Alors on cherche parmi nos patients hospitalisés s'il n'y en a pas un qui traîne et qui n'aurait pas encore eu d'IRM* » (p. 46).

Elle se révolte également face à la formation médicale qui laisse des pas-tout-à-fait adultes s'exercer sur de vraies gens, et surtout, qui ne se présentent pas, qui n'affichent pas leur qualité de médecins étudiants en formation (p. 87).

13.2.2.4 Ce que le livre nous apprend sur les relations médecin-patient

Manque d'empathie de certains médecins, des soignants en général :

Jaddo dénonce certains médecins et les soignants qui manquent cruellement d'empathie, oubliant que les patients sont des êtres humains, se gargarisant de leur savoir, de leur pouvoir et de leurs aptitudes diagnostiques. Elle décrit une scène où l'interne de chirurgie vient examiner l'abdomen d'une patiente à la recherche d'une tumeur : « soudain, son visage s'illumine [...] ça a l'air de lui faire vachement plaisir. Il sourit, même, maintenant. Triomphant, il me dit : « tenez, sentez, là, palpez... [...] Alors ? (Sourire) qu'est-ce que vous sentez ? » (p. 26). Jaddo laisse éclater sa frustration de ne rien pouvoir dire ou faire, sa révolte devant tant de bêtise : « effroyable, effroyable connard... [...] enfoiré d'enfant de putain » (p. 27).

Jaddo dénonce l'indifférence des médecins au bloc opératoire où une patiente « complètement nue, les jambes écartées » est totalement ignorée par les médecins « tellement habitués à la nudité qu'ils ne la voient plus » (p. 31).

Pour Jaddo, les pratiques irrespectueuses sont monnaie courante : « Bon, ça y est, elle dort. Les externes, qui n'a jamais fait de TV ? » (p. 75). Certains patients voient défiler dans leur chambre de nombreux externes : « Tiens, cet après-midi, tu devrais passer voir le type de la 18. Il a un foie métastatique très palpable, on sent super bien le bord inférieur et les métas » (p. 75). Les soignants qui rentrent dans les chambres sans prévenir, et qui s'adressent au patient à la troisième personne : « il est juste intolérable de voir quelqu'un surgir dans sa chambre sans crier gare, pendant qu'on est tout nu, ou en train de faire pipi, ou en train de se gratter les couilles. [...] il est parfaitement insupportable de s'entendre demander si "elle a fait pipi ? » (p. 86).

14 Annexe 6 : Jean Reverzy

14.1 Biographie

Cf. Résultats. Définition de sept thèmes d'analyse à partir de la lecture des romans. p. 37.

14.2 Le Passage

14.2.1 Résumé

Cf. Résultats. Définition de sept thèmes d'analyse à partir de la lecture des romans. p. 38.

14.2.2 Analyse et commentaires

14.2.2.1 Type du livre

Cf. Résultats. Définition de sept thèmes d'analyse à partir de la lecture des romans. p. 38.

14.2.2.2 Le décor: le cabinet du médecin qui y reçoit ses patients

C'est le médecin lui-même, installé dans une banlieue lyonnaise, qui décrit ses conditions de travail, dans un modeste cabinet dans une banlieue pauvre de Lyon :

« J'étais un petit docteur attaché à une banlieue triste » (p. 11). « J'étais devenu le médecin d'un quartier malheureux ; j'avais accepté ce destin et un horizon de hautes maisons misérables. Des infiniment pauvres, des intouchables puis des ouvriers, des employés chétifs avaient frappé à ma porte » (p. 11).

« Je besognais dans une grande pièce médiocrement meublée d'un bureau, d'un fauteuil, de quelques chaises, d'un divan poisseux de contacts humains » (p. 7).

La salle d'attente est une *« pièce voisine bondée – toux d'automne, ventres douloureux, foies vindicatifs [...] Je l'entendais vivre à travers une mince cloison derrière laquelle attendaient une dizaine de personnes lisant ces revues de voyage et de gastronomie que les fabricants de remèdes distribuent gratuitement aux médecins. La salle d'attente d'un docteur [...] emprisonne des rêves, des angoisses et parfois de singulières odeurs » (p. 8).*

Il fait également des visites à domicile :

« Le soir, un cartable sous le bras comme les policiers, j'escaladais les exténuants escaliers de la misère : ces spirales semblent mener au ciel et finissent au corridor noir de l'enfer prolétarien » (pp. 11-12).

14.2.2.3 Ce que le livre nous apprend sur les relations médecin-patient

Plusieurs médecins, et plusieurs patients sont mis en scène dans le livre.

On peut proposer la classification suivante:

Dans le premier chapitre du livre, on trouve la description du travail du médecin généraliste ami de Palabaud. Il s'agit là d'une première catégorie des relations médecin-patient.

Puis, tout au long du récit, le patient Palabaud, atteint d'une maladie incurable, se fait soigner (sans succès) par plusieurs médecins. Parmi les sept médecins qui s'occuperont successivement de lui, et qui poseront tous le même diagnostic d'une cirrhose du foie, on retiendra les deux médecins militaires de l'hôpital de Tahiti, ce qui donne une deuxième catégorie des relations médecin-patient.

Dans la première catégorie, seul le médecin a la parole. Dans la deuxième catégorie, c'est au contraire le patient qui juge ses médecins.

14.2.2.3.1 La relation entre le médecin généraliste et ses patients

14.2.2.3.1.1 Le médecin au travail dans son cabinet

La relation du médecin avec ses patients n'est vue qu'à travers les yeux du médecin, les patients ne s'exprimant pas, ou très peu.

« Un à un, des êtres venaient s'asseoir près de moi; nous parlions à voix basse; puis ils se levaient pour se dévêtir et s'étendre sur le divan; alors je palpais leur nudité, j'écoutais leur souffle et les pulsations de leur cœur. Pendant qu'ils s'habillaient, je retournais à mon fauteuil pour écrire quelques lignes. Ils me donnaient un peu d'argent, me serraient la main et s'en allaient. Tant bien que mal, pour chacun d'eux j'avais déchiffré une énigme et inscrit ma réponse sur la feuille qu'ils pliaient en quatre et emportaient sans la regarder » (p. 7).

Le médecin fait part de l'ennui qui le gagne, à cause d'un travail trop répétitif:

« Devant moi, se tenait un homme nu, un corps gras, lactescent sous un pelage grisonnant. A regret il s'était séparé de vêtements ternes, usagés, emprunts de sa substance... » (p. 8). « Et moi, je pensais aux mers du sud, je ne le regardais pas; je l'écoutais à peine... » (p. 9).

14.2.2.3.1.2 Un certain détachement relationnel

Le narrateur-héros et médecin prend garde à toujours garder une certaine distance affective et relationnelle vis-à-vis de ses patients :

« Tout cela, cependant, avait été long. Je suis médecin, et les médecins sont des gens pressés qui comptent leur temps et leur argent. Ils glissent dans un monde qu'ils ne partagent qu'à demi; un mur les sépare de la vie qu'ils surveillent. Pour eux, tous les êtres s'agitent en un coma permanent et, parce qu'ils la connaissent, ils se tiennent à l'écart de l'universelle agonie. Leur expérience est le résidu de souffrances aigues ou monotones » (p. 9).

14.2.2.3.1.3 Un médecin réputé et apprécié de ses patients

« Un jour, des boutiquiers, des bouchers, des coiffeurs, des marchands de primeurs m'honoraient de leur confiance [...] Au temps de cette histoire, ma réputation s'étendait hors du faubourg; des individus riches sonnaient craintivement à ma porte et entraient, gênés comme dans un mauvais lieu » (p. 12).

14.2.2.3.1.4 L'attraction ou la répulsion éprouvée pour certain(e)s patient(e)s

Répulsion : *« Peu remarquable au premier abord, sa malpropreté se révélait à mesure que je l'observais davantage ; un point noir marquait chaque pore ; l'ombilic était un puits obscur de saletés accumulées. Je retins mon souffle à l'odeur de marécage de ce corps malade et malpropre » (pp. 17-18).*

Attraction : « *Tel qui fut don Juan de salle de garde, maintenant quadragénaire, bafouille devant la belle patiente qui s'habille, la consultation terminée.* » (p. 22).

14.2.2.3.1.5 Le rapport du médecin à la mort

Le rapport complexe du médecin à la mort est fondamental dans le livre de Reverzy. Comme individu, le médecin est tout aussi mortel et fini que ses patients. Mais il a aussi le rôle de passeur, celui qui aide le patient à passer la transition tant redoutée, parfois douloureuse, souvent angoissante, de vie à la mort. C'est ce rôle de passeur que le livre met en scène. Reverzy médecin a la charge d'être le passeur de son ami Palabaud.

La mort est omniprésente dans le livre de Reverzy. « *Je songeai à la mort : c'était une pensée familière.* » (p. 20).

Elle suscite des interrogations scientifiques, morales et philosophiques de la part du médecin : « *Devenue à la longue, malgré moi, l'objet de mon étude, la mort me paraissait peu redoutable. [...] De la mort elle-même, je ne savais pas plus long que les autres [...]. Je l'attendais sans curiosité, n'arrivant pas à croire qu'un autre monde pût surgir au sortir de celui que je quitterais un jour.* » (p. 21).

Concernant le rôle de passeur : « *Il est mille façons de mourir et, quand vient la dernière heure, il faut s'attendre à bien des surprises ; mais le médecin est là pour les prévenir. Si, jusque-là, son action s'est montrée vaine, elle peut alors devenir infiniment salutaire. Ce rôle de compagnon des mourants l'ennoblit et le place au-dessus des autres hommes.* » (p. 219).

Le Passage, c'est la solitude du mourant face à sa mort mais aussi celle du médecin face à l'agonie de son patient. Cette solitude renvoie le médecin à son incapacité à comprendre la mort (Céline Grimshaw).

14.2.2.3.2 Les relations entre les médecins militaires et le patient Palabaud à l'hôpital de Tahiti

Palabaud a été admis à l'hôpital militaire de Tahiti, en accord avec la recommandation du docteur Klein, le meilleur médecin des îles. Bien plus tard, il racontera à son ami médecin lyonnais comment il a été soigné, et ce dernier rapporte au lecteur les propos de Palabaud :

« *Palabaud fit ainsi connaissance de la médecine des armées. Le lendemain de son arrivée, un petit homme alerte pénétra dans la chambre, suivi d'un infirmier indigène.*

« *C'est le nouveau malade de Raiatea, mon capitaine* », dit ce dernier.

Le petit homme s'approcha.

« *Déshabillez-vous complètement. Etendez-vous sur le lit* », ordonna-t-il, d'une petite voix d'enfant vindicatif.

Palabaud obtempéra. Durant une bonne demi-heure le capitaine palpa, auscultait, prit des notes, posant de temps à autre une question précise: il était consciencieux et ne ménageait pas sa peine. Quand ce fut terminé, Palabaud qui, jusque-là avait sagement répondu aux questions du médecin, se hasarda à lui demander ce qu'il pensait de sa maladie:

« *Est-ce grave? Le docteur Klein m'a trouvé un gros foie.* »

Le capitaine eut un haut-le-cœur, fronça les sourcils comme si la curiosité de son patient l'eût offensé [...]. Le docteur hésita longtemps à répondre et enfin, se détournant, dit sèchement:

« *J'en parlerai au colonel.* » » (pp. 99-100).

En fait le colonel, pas plus que le capitaine, ne renseignera Palabaud sur la nature de son mal. C'est seulement grâce à l'intercession de son meilleur ami, capitaine à la retraite, que le colonel et son assistant capitaine consentiront à répondre à la question de Palabaud:

« *Ami, lui dit enfin le colonel, votre foie est très malade* » (p. 109).

Discipline et strict respect de la hiérarchie sont donc de règle dans l'hôpital militaire où Palabaud est admis. Poussées à l'extrême, ces règles font de Palabaud un malade-objet, un sous-homme dont seule la maladie intéresse les deux médecins qui l'examinent. Car en présence des médecins, « *il est décent d'être muet* » (p. 106): « *L'examen tirait à sa fin... Instruit par son expérience de la veille et sachant que, dans un hôpital, le malade ne doit montrer nulle curiosité de la nature de ses maux, il ne leur fit aucune question quand ils se retirèrent* » (p. 103).

C'est donc une version historique de la relation paternaliste et centrée sur la maladie que ces passages mettent en scène.

14.2.2.3.3 Le point commun à toutes ces relations médecin-patient : le mensonge miséricordieux ou charitable

Tous les médecins que Palabaud rencontre et consulte, y compris le narrateur-héros échouent à lui dire le pronostic mortel de sa maladie, et mentent en lui promettant une hypothétique guérison :

Avec le Docteur Klein :

« *Palabaud comprit que le mot « observation » redit par le médecin voilait une réalité qu'il voulait lui laisser ignorer.* » (p. 44).

« *La phrase du Docteur Klein—« vous avez un gros foie »—avait suffi pour qu'il comprît à travers les mots anodins l'annonce de la mort.* » (p. 46).

Avec le médecin-colonel :

« *Ami, lui dit enfin le colonel, votre foie est très malade. [...] Malgré tout, je vais vous annoncer une bonne nouvelle : vous guérirez. Mais à la condition sine qua non de rentrer en France dans les plus brefs délais.* » (p. 109).

Avec le narrateur-héros, identifié à Reverzy :

« *Du bout des doigts, j'avais touché le foie énorme. Je savais ce que cela signifiait ! Je m'acharnais à parler de guérison.* » (p. 127).

Avec le Docteur Plantain :

« *L'état général est sérieux et doit être remonté. Cela ne se fera pas du jour au lendemain.* » (p. 189).

Avec le professeur Joberton de Belleville :

« *Quel pessimisme... ces malades du foie sont tous les mêmes ! Mon confrère vous a amené ici pour vous soigner plus efficacement et pour vous guérir.* » (p. 224). « *Et surtout, ami, ne désespérez pas, conclut-il. La Science doit vous sauver.* » (p. 229).

Il s'agit d'une pratique paternaliste de nos jours révolue ; à savoir le mensonge miséricordieux ou charitable.

14.2.2.3.4 Le nomadisme médical

Dans le livre de Reverzy, Palabaud aura consulté en tout sept médecins différents, à chaque fois dans l'espoir tu mais réel d'une guérison miraculeuse.

Le livre met donc en scène une réalité : celle du nomadisme médical, certains patients, ne pouvant accepter de ne pas avoir un diagnostic sur leurs maux, ou ayant toujours l'espoir de traitements plus efficaces voire d'une guérison, prennent plusieurs avis médicaux auprès de médecins différents, ce qui peut parfois nuire à leur prise en charge et rendre plus difficile la continuité des soins.

Dans *le Passage*, le nomadisme médical de Palabaud résulte à la fois de l'échec, voire de l'absence de véritables consultations d'annonce, mais aussi du manque de moyens technologiques à l'époque, avec une incertitude diagnostique plus grande.

14.3 Le point de vue de Gérard Danou sur l'œuvre de Reverzy

Dans son livre *Le corps souffrant*, Gérard Danou nous parle beaucoup de Jean Reverzy, qu'il semble particulièrement admirer, et à qui il dédie d'ailleurs son livre. Son premier chapitre, *Travail de la fatigue* porte sur la fatigue, et en particulier la fatigue reverzienne²². Il s'agit : d'une fatigue psychique et morale due à son travail de médecin, pourvoyeur d'images de souffrance et de mort ; d'une mélancolie nostalgique liée à la prise de conscience de sa propre finitude en tant qu'être mortel et de l'omniprésence de la mort ; de l'absence de secours possible par la religion. Danou revient à la fin de son livre sur Reverzy, en comparant son « *nihilisme doux* » au nihilisme parfois « *dur, radical et destructeur* » de Céline²³.

Gérard Danou rapproche l'œuvre de Reverzy de celle d'écrivain Joseph Conrad²⁴, probablement parce que leurs personnages ont ceci de commun qu'ils sont « *faillibles, désenchantés, mais ne renoncent jamais à affronter la vie* »²⁵. Nous pouvons nous-mêmes faire un autre rapprochement, sur une position philosophique que partagent Reverzy et Jacques Ferron : la vanité et la fatuité du corps médical de prétendre combattre la mort et les effets néfastes du temps sur le corps humain²⁶.

²² Danou G. *Le corps souffrant: Littérature et médecine*. Seyssel : Paris: Champ Vallon Editions; 1994. pp. 17-36.

²³ Ibid. p. 275.

²⁴ Lüsebrink H-J, Madry H, Pröll J. Médecins-écrivains français et francophones. p. 175.

²⁵ Joseph Conrad. In: Wikipédia [Internet]. 2019. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Joseph_Conrad&oldid=156335531

²⁶ Lüsebrink H-J, Madry H, Pröll J. Médecins-écrivains français et francophones. p. 120, p. 182.

15 Annexe 7 : A.J. Cronin

15.1 Biographie

Cf. Résultats. Définition de sept thèmes d'analyse à partir de la lecture des romans. p. 39.

15.2 La Citadelle

15.2.1 Résumé

Cf. Résultats. Définition de sept thèmes d'analyse à partir de la lecture des romans. p. 39.

15.2.2 Analyse et commentaires

15.2.2.1 Le type du livre

Cf. Résultats. Définition de sept thèmes d'analyse à partir de la lecture des romans. p. 40.

15.2.2.2 Le décor

Andrew Manson, jeune médecin fraîchement émoulu, arrive dans la ville de Blaenelly pour devenir l'assistant du médecin Edward Page. Sur le chemin dans le train, il aperçoit un paysage quasi apocalyptique :

Sous « une violente averse [...] les montagnes [...] se dressaient de chaque côté de la voie de chemin de fer. Leurs sommets se perdaient dans un ciel gris et vide, mais leurs flancs, balafrés par des puits de mines, descendaient, noirs et désolés, souillés par d'énormes terrils sur lesquels quelques moutons dépenaillés erraient dans le vain espoir d'y trouver à paître. Pas un buisson, pas une trace de végétation. Les arbres, aperçus dans le jour tombant, n'étaient que des spectres rabougris et décharnés. Dans un virage, la lueur rouge d'une fonderie brilla soudain, éclairant des ouvriers dont le torse nu se tendait, le bras levé prêt à frapper. » (pp. 14-15).

Les montagnes, de part et d'autre de la vallée, forment une citadelle naturelle :

« La sensation d'être enterré dans cette gorge encaissée entre les montagnes était particulièrement oppressante » (p. 24).

Blaenelly était une « ville étrange, primitive et isolée, ensevelie dans les montagnes, sans un endroit où sortir se divertir, pas même un cinéma. Rien que ses mines sinistres, des carrières et des usines métalliques, une série de chapelles, des rangées de maisons sombres... une communauté atypique, silencieusement renfermée sur elle-même » (p. 53).

Là, Manson travaille dans le modeste dispensaire (« un hangar de bois délabré », p. 26) de Page, attenant à la maison du Docteur. Il fait également des visites à domicile.

Après une mésentente insoluble avec la femme du Docteur Page, qui l'exploite éhontément (prenant la plupart des bénéfiques, alors que son mari est dans l'incapacité physique de travailler), il décide d'emménager à Aberalaw, une autre ville minière dans la vallée, mais plus jolie et accueillante, moins

oppressante. « *Située à l'extrémité de la vallée de Gethly, la ville n'était pas au fond de la cuvette. Salubre, beaucoup plus grande que Blaenelly – il estima qu'elle devait compter près de vingt mille habitants – et traversée par de larges rues parsemées de jolis magasins et de deux cinémas, elle dégagait une impression d'espace qu'accentuait encore la campagne verdoyante qui l'entourait* » (pp. 130-131).

Il devient alors l'assistant du Dr Urquhart, et travaille dans une clinique plus moderne et confortable, « *un bâtiment élevé au toit voûté, en tuiles blanches, qui ressemblait vaguement à un établissement sanitaire* » (p. 165).

Lorsque Manson part d'Aberalaw et emménage à Londres, après avoir un temps travaillé au Conseil du Travail des Mines en tant que médecin-inspecteur, il reprend un cabinet et la clientèle d'un confrère, le Dr Foy, tout juste décédé dans un quartier désargenté de Londres, à Paddington (pp. 316-317). Lui et son épouse s'installent dans une maison, qui, comme à Blaenelly, abrite le cabinet de consultations et un dispensaire : « *un grand sépulcre d'un gris de plomb flanqué d'un dispensaire sur le côté et d'un garage à l'arrière* » (p. 317). Le quartier n'est pas très attrayant : « *les maisons délabrées, la longue suite d'hôtels particuliers misérables, les petits jardins à la maigre verdure souillée par la suie, les écuries converties en garages, [...] un assemblage affreux de ruelles sordides, de boutiques de prêteurs sur gages, de marchands ambulants, de pubs, de vitrines exhibant des fioles suspectes et d'étranges objets en caoutchouc d'un rouge éclatant. [...] Le coin était misérable et sale, et pourtant on distinguait les prémisses d'une vie nouvelle [...] : un nouveau pâté de maisons en construction, quelques magasins bien tenus, des bureaux et [...] la fameuse maison Laurier* », boutique chic et luxueuse de mode féminine (pp. 320-321).

15.2.2.3 Ce que le livre nous apprend sur le médecin

15.2.2.3.1 Le travail

Andrew Manson, arrivé à la maison des Page, époux et femme, fait d'abord connaissance avec cette dernière. Il comprend qu'il prend la place d'un assistant médecin qui a quitté les Page sur fond de mésentente (« *l'horrible assistant* »), mais sans plus de détails (p. 18). Il déchanté quand il se rend compte qu'Edward Page, le médecin qu'il est censé assister, est en fait handicapé et paralysé de tout le côté gauche du corps suite à un AVC (p. 19).

Andrew Manson est vite confronté à son manque d'expérience et son manque de confiance en lui. Ainsi, lorsqu'il doit s'occuper de sa première patiente, une jeune femme prise de fièvre et de maux de tête, il se sentit « *nerveux, inexpérimenté, nullement préparé à cette tâche* » (p. 25). Il peine à trouver un diagnostic : « *Il luttait encore pour trouver la solution du problème, s'efforçant de réunir les symptômes sous le nom d'une maladie définie* » (p. 25). Il invite finalement le mari de la jeune femme à venir chercher un antipyrétique qu'il prépare au dispensaire du docteur Page (p. 26). Là, il fait la connaissance avec le médecin assistant d'un autre docteur, Philip Denny. Celui-ci le met en garde contre les difficiles conditions du métier de médecin dans la région : « *Il n'y a pas d'hôpital, pas d'ambulances, pas de rayons X, rien. S'il y a une opération à faire, ce sera sur une table de cuisine. Et après, vous vous laverez dans l'évier, à côté de la vaisselle. Les appareils sanitaires, n'en parlons pas. Quand l'été est sec, les gosses meurent comme des mouches du choléra infantile.* » (p. 29).

Dans son travail, situation géographique oblige, il a affaire à des « *mineurs aux genoux luxés, aux doigts coupés, [...] atteint d'arthrite chronique* ».

Il s'occupe également de mères de famille ; de leurs enfants qui ont « *des rhumes, des foulures, tous les bobos de l'humanité* » (p. 35).

Un jour où un confrère incompetent, le Dr Bramwell, l'appelle à la rescousse pour faire interner d'urgence en psychiatrie un de ses patients, atteint d'une crise de folie, il diagnostique en fait chez ce dernier une hypothyroïdie, et le sauve d'un triste sort, nous faisant au passage une très belle description clinique de l'hypothyroïdie :

« Il [...] palpa la face gonflée, notant [...] dans un coin de sa tête que la pression de ses doigts ne laissait aucune empreinte dans la joue œdémateuse. » (p. 87).

« La peau était sèche et rude, les doigts légèrement épaissis à l'extrémité. La température en-dessous de la normale. [...] La parole embarrassée, la peau sèche, les doigts en spatule, le visage enflé et sans élasticité, les trous de mémoire, les lenteurs de la pensée, les accès d'irritabilité aboutissant à une tentative de meurtre... Le tableau était si complet qu'il en devenait sublime. » (p. 88).

Ce rôle de médecin héros et sauveur, on le retrouve également pages 106 à 108, où dans une situation désespérée et apparemment perdue d'avance, il sauve miraculeusement une mère et son bébé lors d'un accouchement à domicile :

« Susan Morgan [...] gisait maintenant sur le côté, sans connaissance, presque sans pouls [...]. Il se battait désespérément, avec une fureur frénétique contre ses forces qui déclinaient. [...] il travailla par tous les moyens à ranimer l'accouchée inerte. Après quelques minutes d'efforts fiévreux, le cœur reprit de la force, et il vit qu'il pouvait sans danger la laisser. » (p. 106).

« [...] il s'obstina à faire un suprême effort, serrait le petit corps avec une serviette rêche, serrait puis relâchait la poitrine délicate entre ses deux mains en essayant de faire respirer cet organisme mort. Et soudain, comme par miracle, ce torse minuscule se souleva convulsivement entre ses mains, puis une seconde fois, et une troisième fois [...]. La sensation de la vie jaillissant sous ses doigts après toute cette lutte sans résultat était [...] délicieuse » (pp. 107-108).

Et page 236, à Aberlath, il ampute dans une mine sans anesthésique le bras d'un mineur coincé sous un éboulement de roches, dans des conditions là encore extrêmement pénibles et inconfortables :

« Il n'y avait qu'un filet de lumière et les ombres voltigeaient de façon confuse. A la première incision, Bevan gémit en serrant les dents, fit entendre un second grognement, puis, par chance, quand le bistouri atteignit l'os, il s'évanouit. Une sueur froide inonda le front d'Andrew quand il tint dans sa pince à artères une chair déchiquetée d'où le sang jaillissait. Il ne voyait pas ce qu'il faisait, suffoquait dans ce trou à rat, à cette profondeur sous terre, étendu dans la boue. Pas d'anesthésiques, pas de billard, pas d'infirmières à ses ordres. Il n'est pas chirurgien, il tâtonne désespérément... il n'en viendra jamais à bout... la voûte va s'écrouler sur eux... [...] des gouttes d'eau froide lui tombent sur le cou... ses doigts qui travaillent fiévreusement imbibés de sang chaud... grincements de la scie... » (p. 236)

En s'installant à Aberlath, il a beaucoup de patients qui viennent pour un certificat d'arrêt de travail (p. 166). Il réalise également de nombreuses visites à domicile (p. 183). Il s'intéresse à la propension des mineurs d'anthracite à développer des affections respiratoires, entre autres la tuberculose (p. 186). Il conduit des recherches sur ces pathologies professionnelles (p. 198, 241), et notamment la silicose (p. 257, pp. 266-268), rédigeant une thèse à ce sujet qui lui vaut son titre de Docteur en médecine (p. 278).

Il remet ensuite sa démission au comité d'Aberlath (p. 279), puis est nommé médecin-inspecteur des mines (p. 286). Le siège social est le Conseil du Travail des Mines (CTM) à Londres (p. 289). Le travail alterne entre tâches et réunions administratives fastidieuses, inintéressantes et au final très peu productives (p. 292), et des missions d'inspection des conditions de sécurité du travail dans les mines un peu partout dans le pays. Au lieu de le laisser continuer ses recherches sur la silicose, le Président du CTM lui donne la mission d'uniformiser les équipements de premiers secours de toutes les mines du pays (p. 302). Il finit par démissionner de son poste (p. 310).

Il reprend un cabinet et la clientèle d'un confrère, le Dr Foy, tout juste décédé dans un quartier désargenté de Londres, à Paddington (pp. 316-317). Les débuts sont très poussifs et difficiles (p. 319), d'autant que

sa clientèle est majoritairement pauvre et « *misérable* » (p. 322). Il lui est extrêmement difficile de vivre de son travail de son médecin à ses débuts :

« *il en était réduit à toucher à peine assez d'honoraires pour ne pas mourir de faim* » (p. 322).

« *Jamais encore l'aspect financier de la profession ne l'avait obsédé à ce point. On n'aurait pu imaginer un moyen plus efficace de le convertir au matérialisme que la torture de la faim, qu'il subissait parfois plusieurs jours par semaine* » (p. 322).

« *La plupart des coups de téléphone – ils n'étaient guère fréquents – appelaient Andrew dans les pensions de famille du voisinage. Il était difficile d'obtenir des honoraires de ces clients-là* » (p. 323).

Pour vivre des jours meilleurs, il se met en quête d'avoir une clientèle plus riche et aisée. C'est grâce à ses compétences et son talent de soignant qu'il développe peu à peu une réputation grandissante au sein des sphères riches et mondaines de la bourgeoisie et de l'aristocratie londoniennes, dont il se fait une clientèle VIP.

Il soigne ainsi une femme de cinquante ans, « *filles d'un grand fabricant de coutellerie de Sheffield* » lui demandant de lui faire des injections inutiles et chères d'un anti allergique, qu'il se résout à pratiquer, malgré le fait que « *la plupart des étés, il n'y avait pas de pollen en Angleterre* » (p. 349).

Il décolle encore plus financièrement quand il devient le médecin personnel d'une riche héritière de l'industrie laitière néo-zélandaise, Topsy Le Roy (p. 356), après l'avoir soignée d'une crise d'hystérie.

Il prend en charge conjointement avec son ami et confrère Freddie Hampton Madame Raeburn, une riche malade imaginaire de plus de soixante ans, « *hypocondriaque âgée* », listant les « *symptômes éprouvés dans la nuit* » ainsi que « *les questions qu'elle désirait poser* » sur une feuille de papier (p. 371).

Il pratique des actes moins intéressants, mais plus rémunérateurs ; ayant dorénavant beaucoup de patients et de patientes le consultant ou lui demandant des visites pour des motifs « *sans importance* » (p. 373), voir même n'ayant « *rien du tout* » (p. 404).

Il devient ensuite médecin consultant honoraire en pneumologie au Victoria Chest Hospital de Londres, poste qu'il occupe parallèlement à son activité de médecin généraliste libéral (p. 387).

Avide de réussite et d'expansion financière, il prend un deuxième cabinet médical dans le très chic West End à Welbeck Street, pour recevoir, dit-il, sa « *clientèle chic* » (p. 410). Il devient un de ces médecins affairistes, obnubilés par l'argent, n'exerçant la médecine que pour des raisons lucratives ; ceux-là mêmes qu'il méprisait initialement et dont il voulait prendre initialement le contre-pied.

C'est un drame, le décès d'un patient opéré par un collègue chirurgien incompetent, qui le remettra sur le droit chemin, prise de conscience d'autant plus endolorie qu'il perdra sa femme Christine suite à un accident de la voie publique. Il décide alors d'abandonner toutes ses activités à Londres, et part à la campagne dans une ville moyenne en s'associant à ses collègues et amis de toujours Philip Denny et Hope.

15.2.2.3.2 La vision de la médecine et du métier

En pratiquant la médecine, Manson se rend compte que ce qu'il a appris pendant ses études n'était pas toujours exact en pratique, et qu'une grande partie de la pharmacopée reposait sur des postulats périmés de longue date (pp. 57–58, p. 79).

Il pense que la médecine doit être honnête, quitte à avouer franchement son ignorance ou son incompetence sur certains points : « *C'est pour ça que l'ordonnance emploie des mots latins : pour que le patient ne comprenne pas. Ce n'est pas scientifique.* » (p. 79).

Il exprime parfois une certaine frustration et un certain ennui liés à son travail de médecin généraliste : « *pourquoi est-ce que celui-ci devrait se borner à faire des pansements ou à administrer des lavages ?* »

(p. 79) ; « *il était déçu qu'au quotidien, son travail soit si invariablement ennuyeux. Il ambitionnait de gravir des montagnes, mais pendant les semaines qui suivirent, il n'eut face à lui que des taupinières. Les maladies qu'il devait soigner étaient ordinaires, dépourvues de tout intérêt, une banale série d'entorses, de doigts blessés, de rhumes de cerveau. Le comble, ce fut le jour où il fut appelé à trois kilomètres de Blaenelly, dans la vallée, par une vieille femme qui [...] lui demanda... de lui couper les cors. Il crut devenir fou.* » (p. 84). De même, lorsqu'il s'installe dans le quartier de Paddington à Londres, il se sent extrêmement humilié d'avoir une patiente qui lui demande de lui percer les oreilles (p. 325).

Plein d'ambition, il est au début de sa carrière à Aberalaw amer d'avoir principalement affaire à une clientèle désargentée, voire vivant dans la misère et dans des conditions d'hygiène précaires : « *je ne suis bon qu'à patauger dans la boue, à soulever les couvertures sales et à attraper des puces* » (p. 196).

Il milite pour une approche, une vision et une ambition scientifiques de la médecine générale libérale en province : « *Il serait temps que la science passe au premier plan* » (p. 80). « *Jamais encore il ne s'était senti si attiré par l'idéal scientifique* » (p. 83).

Il énonce sa profession de foi, qu'on peut transposer au serment d'Hippocrate, et qui reste intemporelle : « *Il souhaitait ardemment ne jamais devenir négligent ou vénal, ne jamais conclure trop rapidement à un diagnostic, ne jamais se permettre d'écrire "renouvellement d'ordonnance"* » (pp. 83–84).

« *Son principe : la rigueur scientifique* » (p. 165).

Il a également une vision très libérale du métier : « *la bureaucratie entravait tous les efforts individuels* » (p. 322).

15.2.2.3.3 La vie personnelle

Manson s'éprend peu à peu Christine Barlow, une jeune maîtresse d'école (p. 64, p. 75, p. 83).

Il se rend compte que son amour naissant pour Christine le stimule pour être le meilleur médecin possible auprès de ses patients : « *Il ne se sentait plus découragé mais heureux, exalté, rempli d'espoir. Ce changement d'humeur avait une répercussion directe sur son travail. Il était assez jeune pour imaginer constamment qu'elle l'observait dans ses consultations, surveillait ses méthodes scrupuleuses, ses examens minutieux, le complimentait sur ses recherches de diagnostics. S'il était tenté de bâcler une visite ou de conclure sans avoir ausculté le malade, une pensée l'arrêtait aussitôt – que penserait-elle de lui s'il agissait ainsi ?* » (p. 83).

Le jour où il candidate pour un poste de médecin-assistant dans la ville d'Aberalaw, on lui signifie qu'on préfère pour le poste un homme marié, et il ment en disant qu'il est « *fiancé à une fille de Blaenelly* » et qu'il comptait justement profiter d'une telle opportunité pour se marier. En réalité, alors même qu'il n'est pas fiancé à Christine, il lui propose après coup le mariage et le déménagement à Aberalaw, qu'elle accepte.

Pour améliorer sa situation, il se met en tête de décrocher un diplôme de docteur en médecine du Collège royal de médecins (p. 219), qu'il réussira à obtenir (p. 230).

Dans l'avant-dernière partie de son livre, où il se dessine sous les traits d'un riche médecin londonien prospérant et obnubilé par l'argent, il a une relation adultère avec une riche et belle femme.

La fiction s'éloigne de la réalité, parce que le narrateur ne peut avoir d'enfants et que Christine meurt tragiquement, renversée par un véhicule.

15.2.2.4 Ce que le livre nous apprend sur les patients

Andrew Manson, au début de sa carrière, à Blaenelly puis Aberalaw, a une patientèle principalement de mineurs et leurs familles. Il nous décrit les mineurs au travail : « *une armée en marche* », aux « *souliers*

ferrés ». « *Ceux de la mine d'hématite* » avaient leurs « *vêtements, chaussures, mains et même leurs visages brillant de cette poussière rouge de minerai* ». « *Les ouvriers des carrières portaient de la moleskine rembourrée et des genouillères. Les pantalons de serge bleu des puddleurs les distinguaient des autres.*

Ils parlaient peu et le plus souvent gallois. Ils avaient l'air, dans leur attitude réservée, de former une race à part. Mais c'était de braves gens. » (p. 54).

15.2.2.5 Ce que le livre nous apprend sur la relation entre le médecin et ses patient

Andrew est un médecin honnête, dévoué, intègre, plein de bonne volonté, « *adorant son métier* », « *s'épuisant au travail avec bonheur* » (p. 40).

15.2.2.5.1 L'inquiétude et la préoccupation pour la santé de ses patients

Il n'oublie pas ses patients à la fin de sa journée de travail, son inquiétude pour leur état de santé le poursuivant jusque dans son sommeil.

Ainsi, il se fait un sang d'encre pour sa première patiente, atteinte d'entérite et de fièvre typhoïde : il se sent littéralement « *dévoré d'inquiétude pour son premier malade* » (p. 31).

Lorsqu'il est confronté à sa première épidémie de fièvre typhoïde, sa préoccupation pour l'état de santé de ses malades, de sa ville même, lui fait oublier sa fatigue et son épuisement :

« *Dehors, à nouveau. Il avait passé toute la journée debout, mais toute sa fatigue s'estompait devant l'ampleur de ses responsabilités, le fardeau de cette épidémie qui lui pesait sur les épaules.* » (p. 36).

15.2.2.5.2 L'aspect positif de la profession : la reconnaissance de ses patients

Manson est satisfait d'apprendre qu'il a une très bonne réputation en tant que médecin auprès des mineurs : « *Tous les mineurs, Docteur Manson, déclarent qu'il y a des années qu'ils n'ont pas eu un docteur aussi bon que vous, qui les examine avec autant de soin. [...] [Andrew] était flatté de s'entendre dire que les habitants de Blaenelly l'aimaient bien* » (p. 73).

Andrew est particulièrement fier et satisfait d'avoir la reconnaissance ad vitam aeternam d'une famille au sein de laquelle il a accouché une parturiente

« *nous n'ignorons pas que nous devons tout au docteur* » (p. 111)

« *J'aurais été le roi d'Angleterre qu'ils ne m'auraient pas témoigné plus d'égards* » (p. 112).

De même, il se sent extrêmement heureux et fier de recevoir des cadeaux de ses patients pour les fêtes de Noël : « *Il restait ébahi par cette preuve manifeste de l'estime que les gens de son quartier commençaient enfin à lui porter* » (p. 242).

A Aberalaw, sa réputation devient grandissante : « *En 1927, le Docteur Manson avait une réputation exceptionnelle. [...] [Ses patients] avaient une confiance absolue [en lui]* » (p. 263).

15.2.2.5.3 L'aspect négatif de la profession : le risque de l'impopularité

Il prend le risque de ne pas contenter voire même mettre en colère certains de ses patients. Ainsi, lorsqu'il s'installe à Aberalaw, il se rend compte que certains des patients venus pour un certificat d'arrêt de travail (p. 166) lui paraissent pourtant « *parfaitement en état de travailler* » (p. 168). Or, il se refuse à délivrer « *un certificat de complaisance* » (p. 168). Lorsqu'un mineur d'environ la cinquantaine du nom

de Ben Chenkin, « obèse » et « qui sentait fortement la bière » (p. 168) vient lui demander un certificat d'arrêt de travail pour nystagmus, Manson l'examine consciencieusement, élimine tout nystagmus, et rédige un certificat dans lequel il « certifie que Ben Chenkin souffre de s'adonner à l'excès de bière et d'alcools mais est parfaitement en état de travailler. », quitte à recevoir de celui-ci « des menaces grossières » (p. 170). Cette histoire, de même qu'une brouille avec l'infirmière de la ville, qui remet en cause son autorité médicale concernant une prescription de pansements à un patient brûlé au coude (pp. 175-177), bien qu'il ait tout fait pour ne pas se la mettre à dos, lui vaudra de perdre de nombreux patients au début, qu'il récupérera ensuite et même plus en faisant asseoir sa notoriété grâce à ses compétences de médecin, et notamment d'avoir pu sauver un mineur d'une mort certaine (p. 239).

15.2.2.5.4 L'attraction-répulsion

Une patiente de Manson, Martha Cramb, contente de ses services (il lui a guéri une maladie de peau touchant ses mains), se propose de le remercier avec une relation sexuelle : « *Peut-être pourrais-je vous témoigner ma reconnaissance autrement?* » (p. 344)

Proposition qu'il décline, non sans avoir eu cependant « *une pensée indécente* » (p. 344).

15.2.2.6 Les autres relations médecin-patients, et les relations entre le médecin et ses confrères

15.2.2.6.1 Les confrères décrits négativement

Manson se rend vite compte de la corruption de certains de ses confrères, heureusement contrebalancée par l'intégrité de ses autres collègues.

Ainsi, en ville, lorsqu'il est confronté à une épidémie de fièvre typhoïde débutante (p. 33), il fait appel au médecin inspecteur du canton, Griffiths. Or, celui-ci ne lui est d'aucun secours, car injoignable, préférant en fait jouer au golf. C'est une domestique des Page qui lui communique l'information :

« *Vous ne trouverez jamais le Docteur Griffiths à Toniglan à cette heure-ci. L'après-midi, il va presque toujours au golf de Swansea.* » (p. 35).

Finalement, c'est son confrère Philip Denny qui lui indique la source de l'infection, un égout percé qui fuit, et lui confirme que Griffiths ne fait rien de peur que des travaux sur l'égout responsable de l'épidémie ne rognent sur son salaire (p. 38).

De même, Manson est consterné par l'incompétence d'un confrère en titre plus âgé, faisant semblant de savoir, mais qui « *ne connaissait pas la différence entre le pancréas et le thymus, alors que l'un est dans le ventre et l'autre dans la poitrine* » (p. 46).

Andrew a un autre ami médecin, qu'il connaît depuis la Faculté, Freddie Hampton. Celui-ci méprise visiblement son début de carrière à Blaenelly: « *ton trou infect de Blaen... machin* » (p. 98). Pour lui manifestement, la valeur du médecin peut directement être déduite de la richesse de ses patients.

Une fois installé à Aberalaw, Manson s'émeut que lui et ses autres confrères assistants-médecins doivent payer une redevance au Dr Llewellyn, le médecin-en-chef de la ville en charge de l'hôpital local. Le même Llewellyn le traite avec mépris quand Andrew lui demande l'autorisation de voir un de ses patients à l'hôpital : « *Inutile de vous donner la peine de venir, je m'occuperai de lui, désormais. Nous ne pouvons vous recevoir, vous autres assistants, bavardant dans les salles – avec un regard sur mes guêtres – avec vos souliers à gros clous...* » (pp. 182–183).

Andrew décrit négativement son confrère le docteur Urquhart, expérimenté mais ne faisant pas l'effort de se mettre à jour sur les dernières connaissances médicales : « *Il était terriblement arriéré [...] et devenait presque dangereux à force d'être dépassé* » (p. 201).

Installé à Londres, Manson fait la connaissance de confrères de son ami Freddie Hampton, Paul Freedman, médecin, et Charles Ivory, chirurgien (p. 329). Ces trois derniers ont des clientèles riches, mondaines et aisées, desquelles ils tirent leurs grands revenus. Ils sont décrits comme très affairistes et vénaux, pratiquant des injections sous-cutanées d'oligo-éléments aussi parfaitement inutiles que très chères (pp. 331-332), voire même d'eau, en jouant au maximum de l'effet placebo.

15.2.2.6.2 Les confrères décrits positivement

À l'inverse, Manson ne peut s'empêcher d'admirer son collègue Philip Denny, très impliqué lui aussi auprès de ses malades : il « *les suivait de près, s'asseyait sur leurs lits, posait la main sur eux et passait des heures dans leurs chambres* » (p. 41). Ce dernier lui donne même l'idée de dynamiter discrètement l'égout réservoir de la maladie pour obliger les pouvoirs publics à construire un nouvel égout aux normes. Denny, chirurgien brillant aux « *talents exceptionnels* » (p. 123), est cependant alcoolique, et Andrew sera obligé de faire ses visites à sa place toute une semaine parce que ce dernier était complètement saoul et inapte à travailler (p. 122).

Il se lie d'amitié avec le Dr Hope, un jeune bactériologiste dont il fait la connaissance au Conseil du Travail des Mines (p. 294).

16 Annexe 8 : Marie Didier

16.1 Biographie

Cf. Résultats. Définition de sept thèmes d'analyse à partir de la lecture des romans. p. 40.

16.2 Contre-Visite

16.2.1 Résumé

Cf. Résultats. Définition de sept thèmes d'analyse à partir de la lecture des romans. p. 41.

16.2.2 Analyse et commentaires

16.2.2.1 Type du livre

Cf. Résultats. Définition de sept thèmes d'analyse à partir de la lecture des romans. p. 41.

16.2.2.2 Ce que le livre nous apprend sur le médecin

Marie Didier a sans doute choisi de ne pas se soucier d'avoir à faire payer ses patients. Elle a évité de travailler en médecine libérale, lui préférant l'hôpital ou le dispensaire. En plus l'assurance-maladie existe à son époque, ce qui sûrement lui simplifie la vie par rapport à ses confrères plus âgés qui tous parlent de leurs honoraires, et des difficultés qu'ils éprouvent à se faire payer par des patients désargentés.

16.2.2.3 Ce que le livre nous apprend sur la relation médecin-patient

16.2.2.3.1 La façon dont le médecin considère le patient

Dans sa relation avec ses patients, Marie Didier a une approche parfaitement originale. Ce praticien déborde d'empathie pour ses patients, elle ne se sent capable de les soigner correctement qu'en essayant de se mettre à leur place ; en épousant leurs souffrances.

Elle le reconnaît sans réserve : « *Le mouvement qui me porte à la rencontre de mes patients est voisin de l'amour. Je m'offre à l'invasion, devenant celui ou celle qui est là et qui se livre* » (p. 108).

« *Le soignant et le soigné avancent dans un travail parallèle, seule approche exacte* » (p. 74).

« *Je me sens présente sans fissure à tout ce qui vient à moi* » (p. 101).

« *Elle n'appelle pas au secours. Elle parle. Elle me donne ses mots, c'est tout* » (p. 104).

« *Et on se met à avancer, tout doucement, à se trouver* » (p. 104).

« *Et c'est plus tard, seule conduisant la voiture ou épluchant les légumes pour le repas du soir, que j'accueillerai les malades en moi, cette fois pour de bon* » (p. 108).

16.2.2.3.2 Et la façon dont le patient considère le médecin

Les patientes du Docteur Marie Didier l'adorent : « *Quand elle me quittera, après une heure de face-à-face, elle dira : « Je veux revenir, je suis bien avec vous... » » (p. 46).*

L'auteur donne la parole aux patients... submergée par la compassion, Marie Didier s'épuise à soigner ses malades. Au point que ces derniers se plaignent quand leur médecin, déprimée par toutes les misères qui défilent dans son cabinet, n'est plus au mieux de sa forme : « *Ecoutez, docteur, si vous êtes malheureuse comme ce matin, je ne pourrai plus revenir ».*

En réponse, le médecin tente de se justifier : « *Excusez-moi... fatiguée ce matin... mal dormi... trop de travail en ce moment ».*

À quoi la patiente répond : « *Je vais vous dire, c'est simple : je viens vous voir parce que j'ai confiance, oui mais aussi parce que vous êtes une lumière pour moi. Vous êtes heureuse de la vie. Chaque fois que je vous quitte le courage m'est revenu... alors si ce n'est plus comme ça, je ne supporterais pas de revenir » (pp. 53-54).*

On voit que l'auteure parle ici de la bonne santé psychique du médecin, une caractéristique nécessaire s'il veut être capable de soigner les autres, y compris leurs âmes.

16.2.2.4 La souffrance ordinaire exprimée par les patientes de Marie Didier

Presque chaque page du livre de Marie Didier exprime les malheurs ordinaires de ses patientes, auxquelles elle tente de répondre le mieux possible, jusqu'à l'épuisement.

Cette souffrance ordinaire, ce sont par exemple :

- la terrible solitude exprimée par une patiente, veuve et dont les enfants loin d'elle : « *Le temps est si long, docteur, si long » (p. 18)*
- l'insatisfaction généralisée d'une épouse envers son époux, sa frustration sexuelle : « *il me monte dessus, vite fait, expédié, rapide comme un lapin. Les caresses, connaît pas » (p. 29)*
- la jalousie malade d'une patiente (p. 35)
- la dégradation et la déchéance physique du corps avec l'âge (p. 39)
- le déballage d'une patiente abîmée par une suite de malheurs dans sa vie : « *Sans étonnement, sans apitoiement, j'enregistre la rare, la monstrueuse accumulation de souffrance de cette jeune femme qu'un ami médecin m'a confiée.[...] l'enfant anormal placé en maison spécialisée ; la lesbienne qu'elle hait sans pouvoir la quitter ; son travail de manutentionnaire dans une cave humide qu'elle déteste bien sûr ; le vieux collègue à qui elle pouvait tout dire mort la semaine dernière ; le lent suicide du frère à l'héroïne » (p. 45).*
- cette confiance, tellement sincère : « *Je suis foutue, Docteur, au bout du rouleau. Plus aucun plaisir à vivre, plus aucun désir. Plus d'espoir, personne n'a besoin de moi » (p. 72).*

Cette souffrance ordinaire, l'auteure la ressent profondément : « *je suis morte à l'indifférence » (p. 101).*

Les plaintes des patientes la touchent, mais elle se révolte quand par exemple c'est la vieillesse et la dégradation liée au temps dont se plaignent ses patientes ; des maux auxquels elle ne peut rien et qui sont aussi les siens : « *la fade, la monocorde, la triviale, l'inutile, l'imbécile, la dramatique, l'inévitable plainte ressassée est devenue sans doute ce qu'il y a de plus difficile dans le travail.*

Cette angoisse de la vieillesse, de la laideur, cette hantise du poids, celle des rides, de l'affaissement, redoublées, redites, psalmodiées malade après malade, engluent, avilissent la vie, la salissent » (p. 39).

16.2.2.5 L'attirance la répulsion du médecin par rapport au corps du patient

16.2.2.5.1 Le dégoût provoqué par le patient

Marie Didier, bourrée de compassion pour ses patients, qui sont presque toujours des patientes puisqu'elle est gynécologue, s'énerve contre ce couple qui ne lui épargne aucun détail répugnant sur les ennuis intimes de Madame. Marie Didier transfère à ses lecteurs le dégoût que ce couple lui a fait ressentir, avec une féroce cruauté. Lui fera-t-elle jamais assez payer l'écœurement qu'il lui a infligé ?

« Elle parle de ses pertes blanches.

- Non, elles ne sont pas tout à fait blanches, Docteur.

- Elles ont des traînées jaunâtres, renchérit [le mari]. Je les vois moi, Docteur, sur sa culotte et je les ai senties, Docteur, elles sont un peu poissonneuses [...] Elle enchaîne sur ses ballonnements, sur ses gaz, les diurnes, les nocturnes, dont la fréquence, la fragrance seront discutées âprement par le couple de plus en plus confortablement installé dans les fauteuils suédois et qui s'anime dangereusement sous mes yeux pour trouver la nuance la plus désastrement précise, la plus ignoblement riche, la plus lourdement évocatrice » (pp. 97-98).

Plus que tout autre, le médecin est obligé de subir des confessions intimes de ses patients. Mais comment peut-il se défendre quand la confession tourne au déballage impudique au sein duquel il doit trouver la pathologie que le patient lui demande de soigner ?

16.2.2.5.2 L'attirance du médecin pour le patient

A plusieurs endroits de son livre, Marie Didier évoque la beauté de certaines de ses patientes. Mais elle se fait plus explicite lorsqu'elle décrit l'attirance qu'elle ressent pour un jeune homme qui se dénude devant elle :

« Il entre dans le bureau, un pull de coton noir sans manche dégage ses épaules athlétiques, brunies.

Le jean délavé serre des hanches étroites. Les jambes sont longues. La tête bouclée, blonde, et d'in vraisemblables, de superbes yeux verts.

Saisie, et comment ne pas l'être, devant tant de beauté, je me sens tout à coup à l'aise dans ma quarantaine bien sonnée pour recevoir ce dieu timide qui souffre quand il fait l'amour, m'explique-t-il d'une voix basse, le souffle un peu court.

Je dois l'examiner. Mes regards seront aussi brefs que les gestes hâtifs qu'il a pour se déshabiller.

Ce blue-jean tombe. Le slip en boule le rejoint vite sur le tapis afghan. Les hommes doivent être examinés debout, dos au mur.

Je le lui dis dans un sourire pendant que je m'assois sur le petit tabouret bas, ce qui, pendant quelques instants, va mettre mon visage en face de ce sexe magnifique sous le ventre plat : mise en scène brutale d'une géométrie sadienne à l'indécence calculée que le travail médical va peu à peu tranquillement défaire » (p. 38).

Plutôt que de commenter moi-même ce passage, je préfère laisser la parole à Gérard Danou, qui le fera bien mieux dans son livre *Le corps souffrant* (opus cité), au chapitre qu'il intitule «Le plaisir médical» :

« La narratrice retravaille dans l'ombre, son émoi, son saisissement, effacés par la maîtrise de soi, puis par la mainmise sur l'autre, patient passif, en attente, sous les gestes et le regard tranquillement clinique, froid et apparemment déssexualisé. La scène est travaillée pour recréer le saisissement dans le fantasme d'un passage à l'acte. L'écriture, substituée à l'acte non consommé, reconstruit l'image enfuie et la resexualise dans les mots » (p. 226).

16.3 Le point de vue de l'auteure sur son œuvre

Marie Didier pointe le risque potentiel, pour tout médecin-écrivain couchant sur le papier de manière littéraire son expérience professionnelle, de choquer les lecteurs. En mettant à la portée du profane de façon « *clinique voire crue* » un travail qui touche de si près au corps et à la morbidité, même avec un langage poétique, le médecin-écrivain risque de se faire taxer « *d'indécence* », comme cela est arrivé à Marie Didier²⁷, et comme Martin Winckler le craignait lui-même dans *La Vacation*. De plus, il y a toujours la crainte d'attenter, même de loin, au secret médical (risque que la médecin interrogée M8 nous faisait voir). Enfin, sans le dire explicitement, Marie Didier pointe le poids du politiquement incorrect qui risquerait au mieux de blâmer ; au pire de censurer le travail littéraire des écrivains-médecins.

Tout comme le livre *La Citadelle* d'AJ Cronin avait eu un retentissement politique important à son époque, et est considéré comme étant à l'origine de la création du *National Health Service*, l'équivalent britannique de la sécurité sociale ; Marie Didier estime que l'écriture peut revêtir la fonction d'une arme politique²⁸. Elle prend l'exemple de Jean-Baptiste Pussin, dont elle retrace l'histoire dans son livre *Dans la nuit de Bicêtre*.

²⁷ Lüsebrink H-J, Madry H, Pröll J. Médecins-écrivains français et francophones. p. 62.

²⁸ Ibid. p.64.

17 Annexe 9 : Céline

17.1 Biographie

Cf. Résultats. Définition de sept thèmes d'analyse à partir de la lecture des romans. p. 41.

17.2 Voyage au bout de la nuit

17.2.1 Résumé

Cf. Résultats. Définition de sept thèmes d'analyse à partir de la lecture des romans. p. 43.

17.2.2 Analyse et commentaires

17.2.2.1 Type du livre

Cf. Résultats. Définition de sept thèmes d'analyse à partir de la lecture des romans. p. 43.

17.2.2.2 Ce que le livre nous apprend sur le médecin

A cette époque où la démographie médicale était plus florissante qu'aujourd'hui et le niveau de vie plus faible, le médecin se bat pour survivre ! Tout au long des pages où il raconte sa vie professionnelle à Rancy, sa grande préoccupation est d'arriver à se faire payer par ses patients, pour que lui-même arrive à régler ses factures, son loyer, avec son pardessus beaucoup trop mince pour la saison (pp. 292-293).

17.2.2.2.1 Un médecin trop arrangeant avec ses patients

Le médecin se plaint de ses faibles revenus, insuffisants pour vivre :

« Pendant des mois j'ai emprunté de l'argent par-ci et par-là. Les gens étaient si pauvres et méfiants dans mon quartier qu'il fallait qu'il fasse nuit pour qu'ils se décident à me faire venir, moi, le médecin pas cher portant. J'en parcouru ainsi des nuits à chercher des dix francs et des quinze à travers les courettes sans lune » (pp. 241-242).

Il se rend bien compte qu'il n'a pas la volonté de faire payer ses consultations, ce qui lui permettrait de mieux vivre : *« J'étais trop complaisant avec tout le monde, et je le savais bien. Personne ne me payait. J'ai consulté à l'œil, surtout par curiosité. C'est un tort. Les gens se vengent des services qu'on leur rend »* (p. 244).

Et plus loin : *« C'est le culot qui me manquait au fond pour exercer la médecine sérieusement. Quand on me reconduisait à la porte, après que j'avais donné à la famille des conseils et remis mon ordonnance je me lançais dans des tas de commentaires rien que pour éluder l'instant du paiement quelques minutes de plus. Je ne savais pas faire ma putain »* (p. 264).

17.2.2.2.2 Des patients qui vivent dans la misère

Le narrateur justifie le fait qu'il lui est difficile de faire payer ses patients : « *Les malades ne manquaient pas, mais il n'y en avait pas beaucoup qui pouvaient ou qui voulaient payer. La médecine, c'est ingrat. Quand on se fait honorer par les riches, on a l'air d'un larbin, par les pauvres on a tout du voleur. Des « honoraires » ? En voilà un mot ! Ils n'ont déjà pas assez pour bouffer [...]* » (p. 264).

17.2.2.2.3 Céline, un militant de l'assurance-maladie ?

L'auteur s'insurge contre le fait de faire payer des gens qui n'en ont pas les moyens : « *Honoraires !...» Qu'ils continuaient à intituler ça les confrères. Pas dégoûtés ! Comme si le mot en faisait une chose bien entendue et qu'on n'avait plus besoin d'expliquer... honte ! Moi que je pouvais pas m'empêcher de me dire et y avait pas à en sortir. On explique tout, je le sais bien. Mais n'empêche que celui qui a reçu les cent sous du pauvre et du méchant est pour toujours un beau dégueulasse !* » (p. 265).

17.2.2.2.4 Dégoût et attraction du médecin pour ses patients

Le dégoût

Si la plupart des romanciers célèbrent la beauté du corps humain, Céline prend le contre-pied de cette tendance. Le dégoût est omniprésent dans son livre, et il est décrit avec force détails répugnants, avec même une certaine dose de perversité : « *Il en avait des dents bien mauvaises [...], rancies, brunies et haut cerclées de tartre verdâtre, une belle pyorrhée alvéolaire en somme. J'allais lui en parler de sa pyorrhée mais il était trop occupé à me raconter des choses. Elles n'arrêtaient pas de venir juter les choses qu'il me racontait contre ces chicots sous les poussées d'une langue dont j'épiais tous les mouvements. A maints minuscules endroits écorchée sa langue sur ses rebords saignants* » (p. 336).

L'attraction

L'auteur n'est pas insensible au charme féminin : « *Cette cliente-là [...], je la connaissais bien, avec son bassin large... Ses belles cuisses longues et veloutées... Son quelque chose de tendrement volontaire et de précisément gracieux dans les mouvements qui complète les femmes bien balancées sexuellement* » (p. 259).

17.2.2.3 Ce que le livre nous apprend sur les patients

Toujours plus intéressé par les aspects sociaux que médicaux de sa pratique, l'auteur dresse une galerie de portraits où les comportements prennent diverses formes. Des patients se révèlent tour à tour agressifs, critiques, envieux ; ils donnent même des conseils au médecin.

17.2.2.3.1 Patients en colère, agressifs

L'auteur n'est jamais plus à l'aise que dans la description de situations conflictuelles.

Exemple avec une jeune femme qui apostrophe le médecin : « *Il est fou, maman ! Qu'elle s'étranglait à rugir. Le Docteur est devenu fou ! Enlève-lui mon petit, maman !* » (p. 274).

Autre exemple, celui de ce couple déjà âgé qui veut se débarrasser de la mère du mari. Le médecin a été appelé pour faire interner la vieille dame, sous le prétexte qu'elle serait folle. Le médecin assiste à la confrontation entre la vieille dame et sa bru (p. 256) :

« *La bru : Ecoutez-la Docteur, maintenant qui délire et qui m'insulte ! Comment voulez-vous que nous la gardions ici ?*

La vieille fait alors face au médecin, « son nouveau danger » :

Qu'est-ce qu'il en sait celui-là si je suis folle ? Il y est dans ma tête ? Il y est-y dans la vôtre ? Faudrait qu'il y soit pour savoir ! Foutez donc le camp tous les deux ! [...] » (p. 256).

17.2.2.3.2 Patients critiques vis-à-vis du médecin

Le médecin rapporte certains propos de ses patients : « *Quelquefois je les entendais parler entre eux, alors qu'ils me croyaient ailleurs, attendant leur tour. Ils racontaient sur mon compte des horreurs à n'en plus finir et des mensonges à s'en faire sauter l'imagination. Ça devait les encourager de me débiter de la sorte [...] A dire du mal ainsi, médire, mépriser, menacer, ça leur faisait du bien faut croire* » (pp. 334-335).

17.2.2.3.3 Patient envieux de son médecin

Le médecin subit les attaques de son ami Robinson, qui est aussi son patient :

« *Toi, quand j'y pense, t'as le bon bout. Tu vends tes bobards aux crevards et pour le reste tu t'en fous... t'es pas contrôlé, rien... t'arrives et tu pars quand tu veux, t'as la liberté en somme... t'as l'air gentil mais t'es une belle vache tout dans le fond !... » (p. 298).*

17.2.2.3.4 Une patiente conseille son médecin

Ce conseil n'est pas d'ordre médical, mais pratique. Il faudrait que le médecin se fasse mieux respecter par ses patients : « *C'est pas malheureux tout de même Docteur, de pas savoir se faire payer ! Comment voulez-vous que les gens vous respectent ?... On paye comptant au jour d'aujourd'hui ou jamais ! » (p. 264)*

Se faire payer... c'est justement le grand problème de ce médecin qui n'arrive pas à vivre décemment de son métier.

17.2.2.4 Ce que le livre nous apprend sur la relation médecin-patient

Le travail du médecin libéral est évoqué principalement aux pages 237 à 338 du livre.

17.2.2.4.1 Le cadre de vie du médecin et de ses patients

Lorsque le jeune médecin s'installe au Rancy, il faut se souvenir de deux caractéristiques essentielles : le contexte économique désastreux d'une part ; la révolte de l'auteur d'autre part, contre la condition et la misère humaines, qu'il a côtoyées pendant la guerre et en Afrique.

17.2.2.4.1.1 Le contexte économique

Le Voyage a été écrit au moment de la Grande dépression de 1930, qui a vu la contraction de l'activité économique à la suite de politiques publiques inadaptées, en Europe comme aux États-Unis. Avec comme conséquences la réduction des salaires, un chômage de masse et la misère pour une grande partie de la population.

D'où les difficultés que rencontre le jeune médecin à gagner sa vie : « *Les malades ne manquaient pas, mais il n'y en avait pas beaucoup qui voulaient ou pouvaient payer. La médecine, c'est ingrat* » (p. 264).

17.2.2.4.1.2 Le contexte biologique

Le médecin hurle le désespoir qu'il ressent devant la tragédie de la vie qui s'achève par la mort, il est « consterné » par les « ignominies biologiques » humaines :

« Puisque nous sommes que des enclos de tripes tièdes et mal pourries nous aurons toujours du mal avec le sentiment [...] L'ordure elle, ne cherche ni à durer ni à croître. Ici, sur ce point, nous sommes bien plus malheureux que la merde, cet enracinement à persévérer dans notre état constitue l'incroyable torture » (p. 337).

Car nous avons tellement peur de la mort, nous voulons durer :

« Ce corps à nous, travesti de molécules agitées et banales, tout le temps se révolte contre cette farce atroce de durer. Elles veulent aller se perdre ces molécules, au plus vite parmi l'univers ces mignonnes [...] » (p. 337).

17.2.2.4.2 La relation médecin-patient décrite dans Le Voyage

L'auteur s'intéresse peu à l'aspect médical de cette relation. Il se concentre bien davantage sur la relation sociale qu'il expérimente avec ses patients. En fait, plus qu'avec les patients eux-mêmes, c'est avec leur entourage que le médecin échange. Bardamu se délecte de la noirceur et des turpitudes de l'âme humaine ; ainsi que de la violence verbale des propos de certains de ses patients :

« Les clients malades [...] me montraient de laideurs en laideurs tout ce qu'ils dissimulaient dans la boutique de leur âme et ne le montraient à personne qu'à moi. On ne payera jamais ces hideurs assez cher. » (p. 244)

Bardamu sait faire preuve de compassion, mais s'avère également être un antihéros.

Je donne quatre exemples de ces relations :

17.2.2.4.2.1 La vieille Henrouille

Bardamu est appelé au domicile d'un couple très avare, les Henrouille, dont la bru surtout veut faire interner chez les sœurs pour motif de folie la grand-mère Henrouille – qui n'est pas folle du tout – pour pouvoir mettre en location sa maisonnette. Bardamu hésite à accepter l'argent qu'ils lui proposent pour rédiger le certificat : « Pendant qu'ils se chamaillaient je me représentais le billet de mille francs que je pourrais encaisser rien qu'à leur établir le certificat d'internement. » (p. 257)

17.2.2.4.2.2 Quelle honte, emmener un patient à l'hôpital !

L'auteur relate les soins qu'il donne à une jeune femme qui se vide de son sang suite à un troisième avortement clandestin. C'est à la mère de la jeune femme qu'il donne des conseils sur la conduite à tenir. Une mère bien plus préoccupée d'elle-même et de l'honneur bafoué de la famille que de la vie de sa fille qui se meurt d'hémorragie sous ses yeux :

« Qu'ai-je pu faire au ciel, Docteur, pour avoir une fille pareille ? Ah, vous n'en direz rien à personne dans notre quartier, Docteur !... Je compte sur vous ! » Elle n'en finissait pas d'agiter ses frayeurs et de se gargariser avec de ce que pourraient en penser les voisins et les voisines. En transe de bêtise inquiète qu'elle était. » (p. 260).

« La mère ne regardait rien, n'entendait qu'elle-même. « J'en mourrai, Docteur ! Qu'elle clamait. J'en mourrai de honte ! » Je n'essayais point de la dissuader » (p. 260).

« La mère, elle, le tenait le rôle capital, entre la fille et moi. Le théâtre pouvait crouler, elle s'en foutait elle, s'y trouvait bien et bonne et belle. [...] Je hasardais un conseil de transport immédiat dans un hôpital pour qu'on l'opère en vitesse.

Ah ! Malheur de moi ! Du coup, je lui fournis sa plus belle réplique, celle qu'elle attendait :

« *Quelle honte ! L'hôpital ! Quelle honte, Docteur ! À nous ! Il ne nous manquait plus que cela. C'est un comble !* » (p. 262).

Là où Bardamu est un véritable antihéros, c'est qu'il n'use pas de son autorité médicale pour faire hospitaliser en urgence cette jeune femme, et qu'il ne tente pas non plus un curage digital (Jacques Ferron)²⁹. Il préfère à la place s'asseoir pour observer la scène et mieux la décrire, au risque d'une non-assistance à personne en danger.

17.2.2.4.2.3 L'enfant de la fille mère, et l'humour de Céline

Pour une fois, excédé par les cris d'un enfant malade qu'il est venu soigner, le médecin dit tout haut ce qu'il pense à la famille, et se montre odieux, mais mal lui en prit :

« *Et, répondis-je, à ce petit hurleur, ne te presse donc pas, petit crétin, tu en auras toujours du temps pour gueuler ! Il en restera, ne crains rien, petit âne* » (p. 273)

17.2.2.4.2.4 La mort du petit Bébert

La relation du médecin avec le jeune Bébert occupe une grande place dans le livre. Bébert est un garçonnet de sept ans, qui vit dans la loge de sa tante, concierge d'un immeuble voisin de celui où réside le médecin.

Une amitié, sans doute la seule du livre, se noue avec l'enfant, que le médecin justifie ainsi : « *Tant qu'il faut aimer quelque chose, on risque moins avec les enfants qu'avec les hommes, on a au moins l'excuse d'espérer qu'ils seront moins carnes que nous autres plus tard* » (p. 242).

Puis l'enfant tombe malade : « *C'est survenu après Pâques [...]. Elle a duré des semaines la maladie de Bébert. J'y allais deux fois par jour pour le voir. Les gens du quartier m'attendaient devant la loge, sans en avoir l'air et sur le pas de leur maison, les voisins aussi. C'était comme une distraction pour eux. On venait pour savoir de loin, si ça allait plus mal ou mieux [...].*

« *Des conseils, j'en ai reçu beaucoup à propos de Bébert. Tout le quartier, en vérité, s'intéressait à son cas. On parlait pour ou contre mon intelligence* » (p. 276).

Bardamu fait tout son possible pour soigner le jeune Bébert : « *Il fallait pressentir que cette maladie tournerait mal. Une espèce de typhoïde maligne c'était, contre laquelle tout ce que je tentais venait buter, les bains, le sérum... le régime sec... les vaccins. Rien n'y faisait. J'avais beau me démener, tout était vain. Bébert passait, irrésistiblement emmené, souriant. Il se tenait tout en haut de sa fièvre, comme en équilibre, moi en bas à cafouiller* » (p. 277).

Le médecin cherche conseil auprès d'autres praticiens. Il se rend même dans un institut de recherche médical, que Céline décrit d'une façon burlesque est très méchante. Le tout en vain.

Au soir de sa visite à l'institut, rentré à Rancy, le médecin voit la maison de Bébert silencieuse : « *On dirait décidément que ça va encore plus mal, que je me disais. En tout cas, ça va sûrement pas mieux... peut-être qu'il est déjà passé ?* » (p. 291).

Rentré chez lui, le médecin continue à se poser cette question. Jusqu'à ce que : « *J'ai fini par m'endormir sur la question, dans ma nuit à moi, ce cercueil, tellement j'étais fatigué de marcher et de ne trouver rien* » (p. 291).

²⁹ Lüsebrink H-J, Madry H, Pröll J. Médecins-écrivains français et francophones. p. 121.

17.3 Analyse du lien entre écriture et médecine chez Céline

17.3.1 Dans *Voyage au bout de la nuit*

Céline est la figure inversée de François Rabelais, un autre médecin, qui croit en l'homme, alors que les hommes désespèrent Céline³⁰. D'après Frédéric Vitoux, académicien, il y a chez Céline le sentiment récurrent d'être « écrasé par la vie », un « regard cliniquement désespéré sur l'horreur et la mort, sur la condition humaine et l'absurdité de la condition humaine »³¹. Il s'agit d'un homme « en perpétuelle contradiction », entre le lâche et le héros de guerre ; le médecin compassionnel et celui odieux ou indifférent ; le médecin généreux, qui refuse de faire payer ses patients, et celui qui fait preuve d'égoïsme et de cupidité ; le réactionnaire et le novateur stylistique. La maladie représente pour Céline le « meilleur pédagogue possible pour essayer de comprendre la nature humaine dans ce qu'elle a de plus vulnérable ». Céline a une vision noire, désespérante de la vie et de l'existence humaines. Il est obsédé par la souffrance et le désespoir, d'autant plus qu'il ne se fait pas trop d'illusions sur les traitements qu'il peut apporter. La maladie ponctue le voyage initiatique de Bardamu, celui de la nuit et de la déchéance. La vérité de la maladie appelle une réponse que le médecin n'obtient jamais. Il devient alors non pas celui qui guérit, mais celui qui fait de l'affection morbide un processus d'accès à la conscience de la vie humaine (Jean-Yves Nau), et son profond misérabilisme³². L'œuvre célienne retranscrit une « convulsion », un « délire ». Ses récits sont souvent à la limite de l'audible, de l'insoutenable, d'une cruauté belle, mais terrible et terrifiante. Céline sait faire preuve de compassion, mais c'est aussi un voyeur, un exhibitionniste, un déviant psychiatrique³¹. Ce n'est cependant pas son malade que Bardamu déteste, c'est l'homme en général, à commencer par lui-même, détruit psychologiquement par la guerre et le sentiment de peur effroyable qui le suit depuis (Céline Grimshaw).

17.3.2 Le point de vue de Jutta Weiser sur l'incipit de *Mort à crédit*

Jutta Weiser³³ nous montre comment le narrateur du livre *Mort à crédit* (1936) est à la fois médecin, écrivain et malade³⁴. Comme dans *Voyage au bout de la nuit*, il est atteint par une névrose de guerre : paranoïa, délire de persécution, état psychique au bord de la folie³⁵. Weiser montre une analogie intéressante entre le sujet de la thèse de Céline, sur la vie et l'œuvre de Philippe Ignace Semmelweis, ce chirurgien incompris qui s'est coupé avec son bistouri pendant la dissection d'un cadavre, s'infectant mortellement, peut-être pour prouver ses théories hygiénistes ; et la propre vision du narrateur-héros célien, qui en racontant des choses de manière si antihéroïque, prend le risque que son écriture lui revienne comme un boomerang mortel, gage d'une mort à crédit³⁶. Le récit fictif raconté se confond donc avec la réalité propre du médecin-écrivain ; le bistouri se mue en plume et vice versa. Ces allers-retours incessants, ces interpénétrations entre médecine et littérature produisent une écriture contaminée et une pathographie⁶⁵, c'est-à-dire une écriture à l'aune de laquelle on peut déceler et deviner la pathologie, mais aussi le génie de son auteur.

³⁰ Netgen. La leçon retrouvée du bon docteur Destouches [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 18 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2006/RMS-85/2340>

³¹ Le Petit Célien. Louis-Ferdinand Céline, médecin et écrivain par Frédéric VITOUX (2007) [Internet]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=THP4-GEh1gM>

³² Nau JY. Céline, le médecin invivable (2) [Internet]. Revue Médicale Suisse. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2011/RMS-284/Celine-le-medecin-invivable-2>

³³ Docteur en philologie et Professeur de littérature française à l'Université de Duisburg-Essen.

³⁴ Lüsebrink H-J, Madry H, Pröll J. Médecins-écrivains français et francophones. p. 264.

³⁵ Ibid. p. 255.

³⁶ Ibid. p. 261.

18 Annexe 10 : William Carlos Williams

18.1 Biographie

Cf. Résultats. Définition de sept thèmes d'analyse à partir de la lecture des romans. p. 43.

18.2 Filles de fermiers

18.2.1 La nouvelle "Le Vieux toubib" ³⁷

18.2.1.1 Résumé

Cf. Résultats. Définition de sept thèmes d'analyse à partir de la lecture des romans. p. 43.

18.2.1.2 Analyse et commentaires

18.2.1.2.1 Type de fiction: récit, sous forme de nouvelle à caractère (auto)biographique

Cf. Résultats. Définition de sept thèmes d'analyse à partir de la lecture des romans. p. 44.

18.2.1.2.2 Ce que le livre nous apprend sur les patients

Ses patients ont toute confiance et vouent une admiration éperdue envers le Dr. Rivers:

« *Là où tout autre échouait, ils croyaient que Rivers les sortirait d'affaire [...] lui seul pouvait les sauver* » (p. 101).

Le résultat, c'est une abondance de patients, souvent des gens peu fortunés qu'il soigne alors gratuitement:

« *Dimanche matin, c'était le grand moment. Un vrai cirque. Parce que ses clients étaient pour la plupart de pauvres gens qui ne pouvaient venir que le dimanche. On n'a jamais vu, je vous l'assure, de cabinet comme celui-là. Il avait des idées justes, il avait pris le parti d'être bon, humain si vous préférez. Des malades il y en avait partout, assis dans le couloir, sur les marches de l'escalier, dans la véranda* » (p. 88).

18.2.1.2.3 Ce que le livre nous apprend sur le médecin

L'auteur décrit le Dr. Rivers comme une espèce de héros, dont « *le plus clair du talent résidait en un diagnostic d'une étrange infailibilité* » (p. 71).

Il se montre d'une disponibilité absolue envers ses patients et ne ménage pas sa peine :

³⁷ Williams WC, Simon A. Filles de fermiers. Paris: Christian Bourgois Editeur; 2011. pp. 63-102.

« Il avait derrière lui trente années d'exercice pour répondre n'importe où, n'importe quand, à l'appel de n'importe qui pour intervenir à bon escient, sans délai et de sa propre initiative une fois de plus qu'il était sur les lieux » (pp. 66-67).

Un héros bienveillant et généreux, entièrement dévoué au service de ses patients; il s'abstient de demander des honoraires quand il juge que le malade est trop pauvre pour le payer.

L'auteur nous décrit ainsi un médecin exemplaire, désintéressé par l'argent : « Ce n'était pourtant pas l'argent » qui le motivait. « Cela tenait à sa sensibilité, à sa civilité, voilà ce qui le poussait, j'en suis persuadé, l'antithèse plutôt de cette grossière fatuité dont tant d'hommes sont chatouillés qui courent victorieusement après les honoraires » (p. 70).

« L'argent ne fut jamais pour lui une fin » (p. 78).

Le docteur Rivers est pétri d'humanité, et c'est à ses patients qu'il porte un amour sans bornes.

Un modèle d'autant plus humain que le Dr Rivers n'a rien d'un surhomme, puisqu'il s'adonne à l'alcool et autres drogues dures :

« Je sais que parfois il lui fallut s'interrompre à mi-cours d'une intervention pour abandonner à quelqu'un d'autre le soin de l'achever. Ou bien il lui arrivait de s'éclipser (nous en savions tous le motif) pour revenir l'instant d'après changer de gants et se remettre à l'ouvrage. Frappante était alors la transformation qui s'opérait en lui. De hagard qu'il était, 'en cinq sec' le vieil homme se métamorphosait en praticien habile et ingénieux » (p. 70)

« ce toxicomane alcoolique » (p. 76)

« Il allait à son bureau, fourgonnait dans ses instruments et, ni vu ni connu, se faisait une piqûre sous vos yeux. » (p. 89)

« toxicomane, il prenait tous les hypnotiques habituels – morphine, héroïne et cocaïne aussi » (p. 95).

« Il était submergé par le travail que lui valait ses capacités intuitives. La drogue lui restituait son équilibre » (p. 98).

Ses addictions sont bien connues de ses collègues médecins. Certains d'entre eux demanderont, mais en vain, qu'il soit empêché d'exercer.

Comme à son habitude dans ses nouvelles, Williams laisse en suspens la fin ou la morale de son histoire. Au lecteur de se forger une opinion !

18.2.2 La nouvelle "La Fillette boutonneuse"³⁸

18.2.2.1 Résumé

Cf. Résultats. Définition de sept thèmes d'analyse à partir de la lecture des romans. p. 44.

18.2.2.2 Analyse et commentaires

18.2.2.2.1 La jeune fille

C'est dès la première visite du médecin dans cette famille que se produira la rencontre: « Ouvrant la porte, du côté de la table de la cuisine je vis une fillette aux cheveux plats d'environ quinze ans qui mâchonnait de la gomme et curieusement me relaquait... Qu'est-ce que vous voulez? dit-elle. Fichtre! elle n'avait pas l'air commode, mais plaisanterie mise à part, elle me tapa dans l'œil au premier regard »

³⁸ Williams WC, Simon A. Filles de fermiers. pp. 103-122.

(p. 104). Il n'y a pas de doute que le médecin ressent une forte attraction pour cette sauvageonne. Mais il n'en dira pas plus à ce sujet.

18.2.2.2 La question des honoraires du médecin

De retour chez lui, il parle de sa visite à cette famille, en confiant à sa femme qu'il n'a pas eu le cœur de demander à ces pauvres gens de le payer. Ce qu'elle lui reproche aussitôt car elle-même connaît cette famille, et elle sait qu'ils ont les moyens de le payer. Ce que confirme un de ses confrères, qui lui aussi connaît cette famille et sait que la mère joue la comédie de la misère pour ne pas avoir à le payer: « *Ouais, elle ne manque pas de culot cette vieille garce-là. Quand elle s'y met, ce doit être une belle emmerdeuse* » (p. 120).

18.2.2.3 L'assurance montrée par la jeune fille, qui avait tant impressionné le médecin

Ce dernier questionne alors un peu plus son confrère: « *Et la fillette? demandai-je faiblement. Elle semble avoir par contre une belle force de caractère* » (p.120).

« *Là-dessus, mon confrère lâche un hurlement sauvage. Quoi! Cette créature? Cette petite pute boutonneuse? [...]. Elle a tous les soirs de la semaine une douzaine de coquins aux fesses. Renseignez-vous auprès des flics. Ils vous le diront [...]. Il paraît que sur le toit, par derrière l'escalier, on est sûr de tomber sur elle à tout moment* » (p. 121).

La nouvelle se termine par une dernière visite, dans laquelle le médecin rencontre à nouveau la jeune fille, seule à la maison, « *cuissees nues jusqu'aux hanches. Bel et puissant animal* » (p. 121).

C'est sur cette note ambiguë que s'achève l'histoire.

19 Annexe 11 : Mikhaïl Boulgakov

19.1 Biographie

Cf. Résultats. Définition de sept thèmes d'analyse à partir de la lecture des romans. p. 45.

19.2 Récits d'un jeune médecin. Morphine. Les Aventures singulières d'un docteur

19.2.1 Résumé

Cf. Résultats. Définition de sept thèmes d'analyse à partir de la lecture des romans. p. 45.

19.2.2 Analyse et commentaires

19.2.2.1 Le type du livre

Cf. Résultats. Définition de sept thèmes d'analyse à partir de la lecture des romans. p. 46.

19.2.2.2 Le décor

La Russie des années 20 : un univers campagnard enfoncé dans la boue et les hivers rigoureux, hanté par des traditions immémoriales, rongé de tabous et de superstitions. La neige, la tempête qui hurle et siffle, ensevelissent la vie, mais n'empêchent pas les malades de venir à l'hôpital de Mourievo ni le médecin de travailler, défiant les éléments.

19.2.2.3 Ce que le livre nous apprend sur le médecin

Il est assisté d'un feldscher (intermédiaire entre infirmier et médecin), de deux sages-femmes et d'une infirmière. L'hôpital, bien que se trouvant dans un endroit isolé et reclus de la campagne russe, est bien équipé et peut accueillir jusqu'à 40 personnes (pp. 11-12).

Sa jeunesse le fait prendre pour un étudiant par le personnel de l'hôpital : « *moi qui vous croyais encore étudiant !* » (p. 10) ; « *Docteur, vous avez l'air si jeune [...] vous ressemblez à un étudiant* » (p. 12).

Il a une activité débordante, et soigne à tout-va : « *en l'espace d'une année [...] j'avais examiné quinze mille six cent trente malades. J'avais eu deux cents hospitalisés, et il ne m'en était mort que six* » (p. 84).

19.2.2.3.1 Le médecin, un être humain comme les autres

Le héros nous fait partager ses peurs, ses doutes et ses regrets. Le fait de s'être engagé dans un cursus médical : « *J'avoue que dans un accès de faiblesse, je maudis tout bas copieusement la médecine et ma demande d'inscription déposée cinq ans plus tôt auprès du recteur de l'université* » (p. 8).

Il se sent au tout début de son affectation cruellement inexpérimenté, est particulièrement angoissé : « *vous vous en sortirez, tu parles ! Et si on m'amène une hernie ? Comment je m'en sortirais avec elle, expliquez-moi ? ! Et surtout comment va se sentir le malade entre mes mains ? Il s'en sortira dans l'autre monde [...] Quel homme inconséquent je suis ! J'aurais dû refuser ce poste* » (p. 13).

Au moment où il doit s'occuper de son premier patient : « *Je suis fichu* » (p. 15).

Il se rend compte qu'il est bon médecin mais peut aussi se tromper. Ses erreurs au travail le tourmentent. Ainsi, après avoir cassé le bras d'un nouveau-né lors d'un accouchement, il s'imagine un « *personnage terrible* » lui dire : « *qu'on lui prenne son diplôme !* » (p. 76). Après avoir arraché l'os alvéolaire lors d'une extraction dentaire, et s'imaginant la mort de son patient à cause d'une infection : « *Jugement. Déshonneur. Je suis la cause de la mort. Et voici que je ne suis plus médecin* » (p. 81).

Il confond chez un nourrisson un abcès palpébral avec une tumeur, heureusement sans conséquence pour ce dernier. C'est une leçon d'humilité pour lui : « *il convient d'étudier humblement* » (p. 87).

Dans *Morphine* (pp. 105-142), le narrateur nous lit le journal d'un de ses confrères. Celui-ci, pris de douleurs à l'estomac, s'est soigné avec de la morphine, mais a développé dans les suites une dépendance à celle-ci. Il nous raconte sa lente course vers l'abîme, le conduisant au suicide.

Dans *Les aventures singulières d'un docteur* (pp. 143-158), le narrateur est confronté à l'instabilité et à des événements politiques dans la ville où il se trouve. Puis il nous raconte sa participation à une expédition militaire contre des tchéchènes.

19.2.2.3.2 Le médecin héros ou sauveur

Le médecin sauve in extremis les deux jambes d'une jeune fille, accidentellement écrasées par une broyeuse à lin : « *J'avais déjà envie de dire : c'est fini... par bonheur, je me retins... à nouveau une onde passa, comme un fil ténu. "Voilà comment s'éteint une personne lacérée en lambeaux, pensais-je, et là, il n'y a plus rien à faire..." puis brusquement j'ordonnai d'un ton sec, sans reconnaître ma propre voix : – camphre !* » (p. 17). Alors qu'il n'a jamais pratiqué d'amputation et qu'il en a vu faire seulement une seule fois au cours de ses études, il ampute en cuisse gauche la jeune fille, plâtre la jambe droite : « *D'un geste circulaire et adroit, tel un boucher expérimenté, j'entaillai la cuisse, d'un coup de mon bistouri tranchant comme un rasoir* » (p. 19). La jeune fille survivra grâce à son héroïsme.

Un autre exemple d'héroïsme, c'est quand il réalise un accouchement difficile ; une présentation transversale, pour laquelle il réalise une version par manœuvres internes, qu'il n'a jamais pratiquée avant. L'accouchement est un succès (pp. 24-33). Un accouchement dans les buissons : « *un enfant de sexe masculin. Nous le fîmes naître vivant et nous sauvâmes la mère* » (p. 73).

Peu à peu, le narrateur se sent très confiant dans sa pratique : « *Que pouvais-je redouter ? Rien. [...] Ma main est vaillante, elle ne tremble pas* » (p. 84).

19.2.2.4 Ce que le livre nous apprend sur les patients

Les Russes campagnards dont parlent l'équipe soignante de l'hôpital de Mourievo semblent pétris de superstitions, entretenues par des guérisseurs et des rebouteux : « *une mère guette-au-trou [...] des couches difficiles [...] le bébé ne veut pas voir la lumière du bon Dieu. Donc, il faut l'appâter pour l'attirer dehors [...] avec un morceau de sucre* » (p. 65). Ou encore cette tradition qui consiste à

donner « *des crins à mâcher aux femmes qui vont accoucher* » (p. 65) ; ou encore, une sorte de version dans laquelle la femme enceinte est suspendue « *les pieds au plafond, pour que l'enfant [...] qui se présentait mal, se retournât dans le bon sens* » (p. 65).

19.2.2.5 Ce que le livre nous apprend sur la relation médecin-patient

19.2.2.5.1 Un paternalisme bienveillant

Le médecin peut user de son autorité pour faire le bien.

Ainsi, lorsqu'une mère et une grand-mère amènent une petite fille de trois ans atteinte d'un croup diphtérique asphyxiant, et qu'elles refusent toutes les deux dans un premier temps la trachéotomie proposée, le médecin s'emporte et exprime sa colère en même temps que son incompréhension : « *mais enfin, vous êtes devenues folles ? ! Comment ça, vous n'êtes pas d'accord ? Vous êtes en train de la laisser mourir ! Donnez votre accord ! Comment n'avez-vous pas pitié ?* » (p. 39). Après un refus initial des parentes, la détermination du médecin s'avère payante et la trachéotomie sauve l'enfant (p. 42).

Deuxième exemple, il sermonne une maman qui veut écourter l'hospitalisation de ses enfants atteints de syphilis : « *tu sais quoi ?.... tu n'es qu'une gourde ! [...] Regarde ton Vanka ! Que veux-tu donc ? Le faire mourir ? ! Eh bien, non, je ne te le permettrai pas !* » (p. 104).

19.2.2.5.2 Une relation de confiance parfois difficile à obtenir

Un syphilitique venu initialement pour un mal de gorge n'est pas convaincu par les explications du médecin, et ne fait visiblement pas confiance non plus en son jeune âge : « *Il ne sait pas soigner. C'est un jeune. [...] J'ai mal à la gorge, et lui, il me donne de la pommade pour les pieds !* » (p. 92).

20 Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette FACULTE et de mes chers CONDISEIPLES, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes MAÎTRES, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les HOMMES m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'OPPROBRE et méprisé de mes confrères si j'y manque.

(Conseil national de l'ordre des médecins)

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) 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(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçu(e) 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(e) et méprisé(e) si j'y manque.

21 Table des matières

1	INTRODUCTION ET OBJECTIFS DE L'ETUDE	1
1.1	INTRODUCTION.....	1
1.2	OBJECTIFS DE L'ETUDE	2
1.2.1	<i>Objectif principal</i>	2
1.2.2	<i>Objectifs secondaires</i>	2
2	MATERIEL ET METHODES.....	3
2.1	RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE	3
2.2	RECHERCHE NARRATIVE ET ANALYSE DE CONTENU	4
2.3	ENQUETE QUALITATIVE	5
2.3.1	<i>Type d'étude : choix de la méthode qualitative</i>	5
2.3.2	<i>Choix de la population de médecins dans la vie réelle</i>	6
2.3.2.1	Critères d'inclusion	6
2.3.2.2	Critères d'exclusion	6
2.3.2.3	Recrutement et taux de réponse	6
2.3.2.4	Caractéristiques de l'échantillon.....	6
2.3.3	<i>Méthode d'enquête choisie</i>	6
2.3.3.1	Entretiens individuels semi-structurés	6
2.3.3.2	Le guide d'entretien.....	9
2.3.3.3	Techniques d'entretien	9
2.3.4	<i>Le chercheur-enquêteur et ses directeurs de thèse</i>	9
2.3.5	<i>Déroulement des entretiens</i>	10
2.3.5.1	Partage de citations d'écrivains-médecins.....	10
2.3.5.2	Éthique et confidentialité des données	10
2.3.5.3	Lieux	11
2.3.5.4	Dates et durées des entretiens.....	11
2.3.6	<i>Relations entre l'enquêteur et les participants</i>	11
2.3.6.1	Relation antérieure.....	11
2.3.6.2	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	11
2.3.6.3	Caractéristiques de l'enquêteur.....	11
2.3.7	<i>Recueil et traitement des données</i>	12
2.3.8	<i>Retour des retranscriptions</i>	12
2.3.9	<i>Analyse des données textuelles</i>	12
2.3.10	<i>Vérification par les participants</i>	13
2.3.11	<i>Conflits d'intérêts</i>	13
2.3.12	<i>Financement</i>	13
3	RECHERCHE DOCUMENTAIRE CONTEXTUELLE ET CONCEPTUELLE.....	14
3.1	HISTORIQUE DE LA RELATION MEDECIN-PATIENT	14
3.1.1	<i>Relation médecin-patient paternaliste</i>	14
3.1.2	<i>Relation médecin-patient centrée sur la maladie</i>	15
3.1.3	<i>Relation médecin-patient centrée sur le patient</i>	15
3.2	L'EMPATHIE.....	16
3.3	LA COMPASSION	18
3.4	LA NOTION DE JUSTE DISTANCE	19
3.5	LE MENSONGE DANS LA RELATION MEDECIN-PATIENT	20
3.6	LA SOUFFRANCE ORDINAIRE	21
3.7	LE MEDECIN-HEROS OU SAUVEUR.....	22
3.8	MEDECINS MODELES DE ROLE.....	22
3.9	LE MEDECIN, UN ETRE HUMAIN COMME LES AUTRES.....	23
3.10	LA FATIGUE COMPASSIONNELLE	24
3.11	L'ATTRACTION-REPULSION MEDECIN-PATIENT.....	25
3.12	PSYCHANALYSE, TRANSFERTS ET CONTRE-TRANSFERTS.....	27
3.13	MEDECINE NARRATIVE	27

3.14	LA THEORIE DES DEUX CULTURES.....	29
3.15	POINTS COMMUNS ENTRE LA MEDECINE ET LA LITTERATURE	29
3.16	UTILITE DE LA FICTION NARRATIVE MEDICALE POUR LES SOIGNANTS ET LES SOIGNES	30
4	RESULTATS.....	31
4.1	CONNAISSANCES DES PARTICIPANTS AU SUJET DES ECRIVAINS-MEDECINS.....	31
4.1.1	<i>Connaitre et avoir lu des écrivains-médecins</i>	31
4.1.2	<i>Connaitre sans avoir lu des écrivains-médecins</i>	31
4.2	DEFINITION DE SEPT THEMES D'ANALYSE A PARTIR DE LA LECTURE DES ROMANS	32
4.2.1	<i>Présentation des auteurs et des livres</i>	32
4.2.1.1	Martin Winckler.....	33
4.2.1.1.1	Biographie	33
4.2.1.1.2	La vacation	33
4.2.1.1.3	La Maladie de Sachs	34
4.2.1.1.4	Le Chœur des femmes.....	34
4.2.1.2	Baptiste Beaulieu.....	35
4.2.1.2.1	Biographie	35
4.2.1.2.2	Alors voilà les 1001 vies des urgences.....	36
4.2.1.3	Jaddo	36
4.2.1.3.1	Biographie	36
4.2.1.3.2	Juste après dresseuse d'ours	37
4.2.1.4	Jean Reverzy	37
4.2.1.4.1	Biographie	37
4.2.1.4.2	Le Passage	38
4.2.1.5	AJ Cronin.....	39
4.2.1.5.1	Biographie	39
4.2.1.5.2	La Citadelle	39
4.2.1.6	Marie Didier.....	40
4.2.1.6.1	Biographie	40
4.2.1.6.2	Contre-visite	41
4.2.1.7	Céline.....	41
4.2.1.7.1	Biographie	41
4.2.1.7.2	Voyage au bout de la nuit.....	42
4.2.1.8	William Carlos Williams	43
4.2.1.8.1	Biographie	43
4.2.1.8.2	Filles de fermiers	43
4.2.1.8.2.1	Le vieux toubib	44
4.2.1.8.2.2	La fillette boutonneuse	44
4.2.1.8.2.3	Recours à la violence	44
4.2.1.9	Mikhaïl Boulgakov	45
4.2.1.9.1	Biographie	45
4.2.1.9.2	Récits d'un jeune médecin. Morphine. Les Aventures singulières d'un docteur	45
4.2.2	<i>Sept thèmes d'analyse</i>	46
4.3	LA FAÇON DONT LE MEDECIN ENTRE EN RELATION AVEC SON PATIENT	47
4.3.1	<i>Déterminants communs de toutes les relations médecin-patient</i>	47
4.3.2	<i>L'émergence d'un nouvel acteur dans la relation médecin-patient : Internet</i>	48
4.3.3	<i>Une relation qui n'est une mais multiple</i>	49
4.3.4	<i>Le paternalisme</i>	51
4.3.5	<i>Relation centrée sur la maladie</i>	52
4.3.6	<i>Relation centrée sur le patient</i>	53
4.3.6.1	Caractéristiques générales	53
4.3.6.2	Notion de juste distance.....	54
4.3.6.3	L'asymétrie de la relation médecin-patient	57
4.3.6.4	Portée et limites de l'approche centrée sur le patient.....	58
4.4	SOUFFRANCES ORDINAIRES DES PATIENTS.....	59
4.4.1	<i>A la question de savoir ce que c'est</i>	59
4.4.2	<i>Caractéristiques de la souffrance ordinaire</i>	59
4.4.2.1	Souffrances ordinaires intrinsèques à l'individu.....	61
4.4.2.2	Souffrances ordinaires extrinsèques ; psychosociales, liées à la société	62
4.4.3	<i>Rôle de psychologue du médecin</i>	63
4.4.3.1	Le médecin se sent-il psychologue ?.....	63

4.4.3.2	La difficulté du rôle de psychologue chez les médecins	65
4.4.3.3	Les médecins s'estiment-ils suffisamment formés à la psychologie ?.....	66
4.4.3.4	L'interaction du médecin généraliste avec le psychologue et le psychiatre.....	67
4.5	LES MEDECINS MENTORS ET MODELES	67
4.6	LE MEDECIN HEROS OU SAUVEUR	70
4.6.1	<i>Dans les romans de médecins</i>	70
4.6.2	<i>Dans les interviews de médecins</i>	70
4.6.3	<i>Comparaison entre les romans et les interviews</i>	71
4.6.3.1	Le médecin, un héros, via ses gestes héroïques et sauveteurs	71
4.6.3.2	Héroïsme ordinaire et au quotidien du médecin.....	72
4.6.3.3	Facteurs diluant l'héroïsme personnel du médecin.....	72
4.7	LES MEDECINS ANTI-MODELES ET CONTRE-EXEMPLES	74
4.7.1	<i>Du fait de leurs attitudes envers les patients</i>	74
4.7.2	<i>Du fait de leurs attitudes envers leurs collègues</i>	76
4.8	LE MEDECIN, UN ETRE HUMAIN COMME LES AUTRES.....	77
4.8.1	<i>Oui</i>	77
4.8.1.1	Faibles et fragilités psychologiques en général.....	77
4.8.1.2	Cas particulier du burnout.....	79
4.8.1.3	Fragilité matérielle.....	80
4.8.2	<i>Non</i>	81
4.8.2.1	De par les caractéristiques de son métier	81
4.8.2.2	Le médecin est encore vu par la société comme un surhomme, et se voit lui-même comme tel.....	81
4.9	L'ATTRACTION-REPULSION EN MEDECINE	82
4.9.1	<i>Du médecin vers le patient</i>	82
4.9.1.1	L'attraction physique voire sexuelle.....	82
4.9.1.2	L'attraction psychologique et morale.....	83
4.9.1.3	La répulsion physique	84
4.9.1.4	La répulsion psychologique et morale	85
4.9.2	<i>Du patient vers le médecin</i>	86
4.9.3	<i>Dans tous les cas : une influence sur la relation et la prise en charge</i>	87
4.10	MEDECINE NARRATIVE	87
5	DISCUSSION	88
5.1	DISCUSSIONS DES RESULTATS	88
5.1.1	<i>La façon dont le médecin entre en relation avec son patient</i>	88
5.1.1.1	Déterminants communs de toutes les relations médecin-patient	88
5.1.1.2	L'émergence d'un nouvel acteur dans la relation médecin-patient : Internet.....	88
5.1.1.3	Une relation qui n'est pas une mais multiple	89
5.1.1.4	Le paternalisme	90
5.1.1.4.1	Du paternalisme autoritaire au paternalisme bienveillant.....	90
5.1.1.4.2	Le mensonge du médecin au patient	91
5.1.1.4.3	Les femmes médecins et la société.....	91
5.1.1.5	De la relation centrée sur la maladie à la relation centrée sur le patient.....	92
5.1.1.5.1	Une évolution de la pensée médicale	92
5.1.1.5.2	Notion de juste distance	93
5.1.1.5.3	L'asymétrie de la relation médecin-patient	94
5.1.1.5.4	Portée et limites de l'approche centrée sur le patient	95
5.1.2	<i>Souffrances ordinaires des patients et rôle de psychologue du médecin</i>	95
5.1.2.1	Souffrances ordinaires des patients	95
5.1.2.2	Rôle de psychologue du médecin	96
5.1.2.2.1	Un résultat de notre étude retrouvé dans la littérature scientifique	96
5.1.2.2.2	Les médecins sont-ils effectivement peu formés à la psychologie ?	97
5.1.2.2.3	Pourquoi les médecins sont-ils peu formés à la psychologie ?	98
5.1.2.2.4	Qu'est-ce qui a été fait en France pour répondre à ce problème ?	98
5.1.2.2.5	Qu'est-ce qui a été fait dans les autres pays pour répondre à ce problème ?.....	98
5.1.3	<i>Les médecins mentors et modèles</i>	100
5.1.4	<i>Le médecin héros ou sauveur</i>	101
5.1.5	<i>Les médecins anti modèles et contre-exemples</i>	103
5.1.6	<i>Le médecin, un être humain comme les autres</i>	105
5.1.6.1	<i>Oui</i>	105

5.1.6.2	Non.....	108
5.1.7	<i>L'attraction-répulsion en médecine</i>	109
5.1.7.1	L'attraction du médecin pour le patient	109
5.1.7.2	La répulsion du médecin pour le patient.....	111
5.1.7.3	L'attraction de patients masculins pour leur médecin de sexe féminin	111
5.1.7.4	Une réalité peu enseignée en Faculté de médecine	112
5.2	LIMITES ET FORCES DE L'ETUDE	112
5.2.1	<i>Limites de notre étude</i>	112
5.2.2	<i>Forces de notre étude</i>	113
5.3	IMPLICATIONS POUR LA PRATIQUE.....	114
5.3.1	<i>Amélioration de la formation à la psychologie des futurs médecins</i>	114
5.3.2	<i>Inclusion d'un module de médecine narrative dans le cursus médical clermontois</i>	115
6	CONCLUSION	116
7	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	117
8	ANNEXES	126
9	ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN	127
9.1	PREMIERE PARTIE : CONFRONTATION DU VECU DES ECRIVAINS—MEDECINS AU VECU DES MEDECINS INTERVIEWES	127
9.2	DEUXIEME PARTIE : APPORTS DE LA MEDECINE NARRATIVE SUR LA PRATIQUE DE LA MEDECINE.....	128
9.3	TROISIEME PARTIE : DONNEES SOCIOLOGIQUES DES MEDECINS	129
10	ANNEXE 2 : ARBRE DE CODAGE	130
11	ANNEXE 3 : MARTIN WINCKLER	131
11.1	BIOGRAPHIE.....	131
11.2	LA VACATION.....	131
11.2.1	<i>Résumé et description du type de l'ouvrage</i>	131
11.2.2	<i>Analyse et commentaires</i>	131
11.2.2.1	Ce que le livre nous apprend sur les patient(e)s	131
11.2.2.2	Ce que le livre nous apprend sur le médecin.....	132
11.2.2.3	Ce que le livre nous apprend sur la relation médecin-patient.....	134
11.3	LA MALADIE DE SACHS.....	135
11.3.1	<i>Résumé et description du type de l'ouvrage</i>	135
11.3.2	<i>Analyse et commentaires</i>	135
11.3.2.1	Le décor	135
11.3.2.2	Ce que le livre nous apprend sur les patients.....	135
11.3.2.3	Ce que le livre nous apprend sur le médecin.....	137
11.3.2.4	Ce que le livre nous apprend sur la relation médecin-patient.....	140
11.4	LE CHŒUR DES FEMMES	141
11.4.1	<i>Résumé et description du type de l'ouvrage</i>	141
11.4.2	<i>Analyse et commentaires</i>	141
11.4.2.1	Ce que nous apprend le livre sur les patientes.....	141
11.4.2.2	Ce que nous apprend le livre sur le médecin.....	144
11.4.2.3	Ce que nous apprend le livre sur la relation médecin-patient.....	145
11.5	LE POINT DE VUE DE L'AUTEUR SUR SON ŒUVRE	147
12	ANNEXE 4 : BAPTISTE BEAULIEU	148
12.1	BIOGRAPHIE.....	148
12.2	ALORS VOILA LES 1001 VIES DES URGENCES.....	148
12.2.1	<i>Résumé et analyse du type du livre</i>	148
12.2.2	<i>Analyse et commentaires</i>	148
12.2.2.1	Ce que le livre nous apprend sur les patients.....	148
12.2.2.2	Ce que le livre nous apprend sur le médecin.....	149
12.2.2.3	Ce que le livre nous apprend sur la relation médecin-patient.....	151
13	ANNEXE 5 : JADDO	154
13.1	BIOGRAPHIE.....	154
13.2	JUSTE APRES DRESSEUSE D'OURS	154

13.2.1	<i>Résumé et description du type de l'ouvrage</i>	154
13.2.2	<i>Analyse et commentaires</i>	154
13.2.2.1	Le décor	154
13.2.2.2	Ce que le livre nous apprend sur les patients	154
13.2.2.3	Ce que le livre nous apprend sur le médecin	154
13.2.2.4	Ce que le livre nous apprend sur les relations médecin-patient	156
14	ANNEXE 6 : JEAN REVERZY	157
14.1	BIOGRAPHIE	157
14.2	LE PASSAGE	157
14.2.1	<i>Résumé</i>	157
14.2.2	<i>Analyse et commentaires</i>	157
14.2.2.1	Type du livre	157
14.2.2.2	Le décor: le cabinet du médecin qui y reçoit ses patients	157
14.2.2.3	Ce que le livre nous apprend sur les relations médecin-patient	157
14.2.2.3.1	La relation entre le médecin généraliste et ses patients	158
14.2.2.3.1.1	Le médecin au travail dans son cabinet	158
14.2.2.3.1.2	Un certain détachement relationnel	158
14.2.2.3.1.3	Un médecin réputé et apprécié de ses patients	158
14.2.2.3.1.4	L'attraction ou la répulsion éprouvée pour certain(e)s patient(e)s	158
14.2.2.3.1.5	Le rapport du médecin à la mort	159
14.2.2.3.2	Les relations entre les médecins militaires et le patient Palabaud à l'hôpital de Tahiti	159
14.2.2.3.3	Le point commun à toutes ces relations médecin-patient : le mensonge miséricordieux ou charitable	160
14.2.2.3.4	Le nomadisme médical	160
14.3	LE POINT DE VUE DE GERARD DANOU SUR L'ŒUVRE DE REVERZY	161
15	ANNEXE 7 : A.J. CRONIN	162
15.1	BIOGRAPHIE	162
15.2	LA CITADELLE	162
15.2.1	<i>Résumé</i>	162
15.2.2	<i>Analyse et commentaires</i>	162
15.2.2.1	Le type du livre	162
15.2.2.2	Le décor	162
15.2.2.3	Ce que le livre nous apprend sur le médecin	163
15.2.2.3.1	Le travail	163
15.2.2.3.2	La vision de la médecine et du métier	165
15.2.2.3.3	La vie personnelle	166
15.2.2.4	Ce que le livre nous apprend sur les patients	166
15.2.2.5	Ce que le livre nous apprend sur la relation entre le médecin et ses patient	167
15.2.2.5.1	L'inquiétude et la préoccupation pour la santé de ses patients	167
15.2.2.5.2	L'aspect positif de la profession : la reconnaissance de ses patients	167
15.2.2.5.3	L'aspect négatif de la profession : le risque de l'impopularité	167
15.2.2.5.4	L'attraction-répulsion	168
15.2.2.6	Les autres relations médecin-patients, et les relations entre le médecin et ses confrères	168
15.2.2.6.1	Les confrères décrits négativement	168
15.2.2.6.2	Les confrères décrits positivement	169
16	ANNEXE 8 : MARIE DIDIER	170
16.1	BIOGRAPHIE	170
16.2	CONTRE-VISITE	170
16.2.1	<i>Résumé</i>	170
16.2.2	<i>Analyse et commentaires</i>	170
16.2.2.1	Type du livre	170
16.2.2.2	Ce que le livre nous apprend sur le médecin	170
16.2.2.3	Ce que le livre nous apprend sur la relation médecin-patient	170
16.2.2.3.1	La façon dont le médecin considère le patient	170
16.2.2.3.2	Et la façon dont le patient considère le médecin	171
16.2.2.4	La souffrance ordinaire exprimée par les patientes de Marie Didier	171
16.2.2.5	L'attirance la répulsion du médecin par rapport au corps du patient	172
16.2.2.5.1	Le dégoût provoqué par le patient	172

16.2.2.5.2	L'attirance du médecin pour le patient.....	172
16.3	LE POINT DE VUE DE L'AUTEURE SUR SON ŒUVRE.....	173
17	ANNEXE 9 : CELINE	174
17.1	BIOGRAPHIE.....	174
17.2	VOYAGE AU BOUT DE LA NUIT	174
17.2.1	<i>Résumé</i>	174
17.2.2	<i>Analyse et commentaires</i>	174
17.2.2.1	Type du livre	174
17.2.2.2	Ce que le livre nous apprend sur le médecin.....	174
17.2.2.2.1	Un médecin trop arrangeant avec ses patients	174
17.2.2.2.2	Des patients qui vivent dans la misère	175
17.2.2.2.3	Céline, un militant de l'assurance-maladie ?.....	175
17.2.2.2.4	Dégoût et attraction du médecin pour ses patients.....	175
17.2.2.3	Ce que le livre nous apprend sur les patients.....	175
17.2.2.3.1	Patients en colère, agressifs	175
17.2.2.3.2	Patients critiques vis-à-vis du médecin	176
17.2.2.3.3	Patient envieux de son médecin	176
17.2.2.3.4	Une patiente conseille son médecin	176
17.2.2.4	Ce que le livre nous apprend sur la relation médecin-patient.....	176
17.2.2.4.1	Le cadre de vie du médecin et de ses patients.....	176
17.2.2.4.1.1	Le contexte économique	176
17.2.2.4.1.2	Le contexte biologique	177
17.2.2.4.2	La relation médecin-patient décrite dans <i>Le Voyage</i>	177
17.2.2.4.2.1	La vieille Henrouille	177
17.2.2.4.2.2	Quelle honte, emmener un patient à l'hôpital !.....	177
17.2.2.4.2.3	L'enfant de la fille mère, et l'humour de Céline.....	178
17.2.2.4.2.4	La mort du petit Bébert.....	178
17.3	ANALYSE DU LIEN ENTRE ECRITURE ET MEDECINE CHEZ CELINE	179
17.3.1	<i>Dans Voyage au bout de la nuit</i>	179
17.3.2	<i>Le point de vue de Jutta Weiser sur l'incipit de Mort à crédit</i>	179
18	ANNEXE 10 : WILLIAM CARLOS WILLIAMS	180
18.1	BIOGRAPHIE.....	180
18.2	FILLES DE FERMIERS	180
18.2.1	<i>La nouvelle "Le Vieux toubib"</i>	180
18.2.1.1	Résumé.....	180
18.2.1.2	Analyse et commentaires	180
18.2.1.2.1	Type de fiction: récit, sous forme de nouvelle à caractère (auto)biographique.....	180
18.2.1.2.2	Ce que le livre nous apprend sur les patients.....	180
18.2.1.2.3	Ce que le livre nous apprend sur le médecin	180
18.2.2	<i>La nouvelle "La Fillette boutonneuse"</i>	181
18.2.2.1	Résumé.....	181
18.2.2.2	Analyse et commentaires	181
18.2.2.2.1	La jeune fille	181
18.2.2.2.2	La question des honoraires du médecin.....	182
18.2.2.2.3	L'assurance montrée par la jeune fille, qui avait tant impressionné le médecin.....	182
19	ANNEXE 11 : MIKHAÏL BOULGAKOV	183
19.1	BIOGRAPHIE.....	183
19.2	RECITS D'UN JEUNE MEDECIN. MORPHINE. LES AVENTURES SINGULIERES D'UN DOCTEUR	183
19.2.1	<i>Résumé</i>	183
19.2.2	<i>Analyse et commentaires</i>	183
19.2.2.1	Le type du livre	183
19.2.2.2	Le décor	183
19.2.2.3	Ce que le livre nous apprend sur le médecin.....	183
19.2.2.3.1	Le médecin, un être humain comme les autres	184
19.2.2.3.2	Le médecin héros ou sauveur.....	184
19.2.2.4	Ce que le livre nous apprend sur les patients.....	184
19.2.2.5	Ce que le livre nous apprend sur la relation médecin-patient.....	185
19.2.2.5.1	Un paternalisme bienveillant	185

19.2.2.5.2	Une relation de confiance parfois difficile à obtenir	185
20	SERMENT D'HIPPOCRATE	186
21	TABLE DES MATIERES.....	188
22	RESUME EN FRANÇAIS	195
23	ENGLISH SUMMARY	196

22 Résumé en français

Introduction : les personnages de médecins dans les fictions littéraires et télévisuelles ont déjà fait l'objet d'études spécifiques. Cependant, nous n'avons pas trouvé d'étude comparant directement des médecins autofictionnels dans la littérature d'hier (XX^e siècle) et d'aujourd'hui, à des médecins dans la vraie vie en 2019.

Méthodes :

- recherche narrative avec analyse de contenu. 11 livres de 9 écrivains-médecins ont été inclus pour analyse ;
- étude qualitative, basée sur des entretiens individuels semi-directifs avec 10 médecins en Région Auvergne, dont 9 avaient déjà lu des récits littéraires de médecins.

Recherche documentaire contextuelle et conceptuelle : nous présentons dans cette partie différents concepts utiles à la compréhension de l'étude, explicités grâce à une revue non systématique de la littérature scientifique.

Résultats : les romans autobiographiques de médecins ont été comparés aux médecins dans la vraie vie en 2019 sur la base de sept thèmes d'analyse : 1. La façon dont le médecin entre en relation avec son patient. 2. La souffrance ordinaire du patient, et le rôle de psychologue du médecin. 3. Les médecins mentors et modèles. 4. Le médecin-héros ou sauveur. 5. Les médecins anti-modèles et contre-exemples. 6. Le médecin, un être humain comme les autres. 7. L'attraction-répulsion dans la relation médecin-patient.

Discussion : les médecins autofictionnels dans la littérature d'hier et d'aujourd'hui et les médecins dans la vraie vie en 2019 se ressemblent sur certains points, différent sur d'autres. Ressemblances : variabilité des relations médecin-patient, paternalisme bienveillant, asymétrie de la relation médecin-patient, rôle de psychologue officieux du médecin. Différences : type de relation médecin-patient, modèles de rôle, sentiments perçus d'héroïsme, fragilité psychologique et physique du médecin, attraction-répulsion médecin-patient.

Conclusion : Les médecins autofictionnels dans la littérature et dans la vraie vie ne sont au fond pas si différents. Le récit et la consultation clinique sont intimement liés.

Mots-clefs français : médecin-écrivain, relation médecin-patient, médecine narrative ; médecine et littérature ; bibliothérapie

23 English Summary

Comparison between autofictional physicians in the literature of yesterday and of today, and doctors in real life in 2019

A qualitative study based on a narrative research with content analysis, and individual semi-directed interviews with 10 doctors in the Auvergne region

Introduction : the characters of doctors in literary and television fiction have already been studied. However, we did not find a study directly comparing autofictional physicians in the literature of yesterday (20th century) and today, with physicians in real life in 2019.

Methods:

- narrative research with content analysis. 11 books from 9 medical writers were included for analysis;
- qualitative study, based on individual semi-structured interviews with 10 doctors in the Auvergne Region, 9 of whom had already read literary accounts of doctors.

Background and conceptual documentary research : in this section we present different concepts useful for understanding the study, explained through a non-systematic review of the scientific literature.

Results : The autobiographical novels of physicians were compared to doctors in real life in 2019 based on seven themes of analysis: 1. The way the doctor gets in touch with his patient. 2. The ordinary suffering of the patient, and the role of psychologist of the doctor. 3. The mentors and models doctors. 4. The doctor-hero or savior. 5. Anti-model doctors and counterexamples. 6. The doctor, a human being like the others. 7. Attraction-repulsion in the doctor-patient relationship.

Discussion : the autofictional doctors in the literature of yesterday and today and the doctors in real life in 2019 are similar on some points, differ on others. Similarities : variability of doctor-patient relationships, benevolent paternalism, asymmetry of the doctor-patient relationship, role of unofficial psychologist of the doctor. Differences : type of doctor-patient relationship, role models, perceived feelings of heroism, psychological and physical fragility of the physician, doctor-patient attraction-repulsion.

Conclusion : The autofictional doctors in the literature of yesterday and today, and the doctors in real life in 2019 are not really so different. The narrative and clinical consultation are intimately linked.

English key-words : *physician-writer, patient-physician relationship, narrative medicine ; medicine and literature ; bibliotherapy*