



HAL
open science

Perception et vécu de la modification d'information réalisée par le patient en médecine générale: enquête qualitative auprès de 11 patients

Grégoire Neulat

► **To cite this version:**

Grégoire Neulat. Perception et vécu de la modification d'information réalisée par le patient en médecine générale: enquête qualitative auprès de 11 patients. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03474947

HAL Id: dumas-03474947

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03474947v1>

Submitted on 10 Dec 2021

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.



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

**Perception et vécu de la modification d'information réalisée par le patient
en médecine générale: Enquête qualitative auprès de 11 patients**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

DE MARSEILLE

Le 17 Novembre 2021

Par Monsieur Grégoire NEULAT

Né le 29 novembre 1991 à Marseille 06^{ème} (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur GENTILE Gaëtan

Président

Monsieur le Professeur GERBEAUX Patrick

Assesseur

Monsieur le Docteur (MCA) THERY Didier

Assesseur

Monsieur le Docteur KOUHANI Jeremy

Assesseur

Madame le Docteur JANCZEWSKI Aurélie

Directeur



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

**Perception et vécu de la modification d'information réalisée par le patient
en médecine générale: Enquête qualitative auprès de 11 patients**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

DE MARSEILLE

Le 17 Novembre 2021

Par Monsieur Grégoire NEULAT

Né le 29 novembre 1991 à Marseille 06^{ème} (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur GENTILE Gaëtan

Président

Monsieur le Professeur GERBEAUX Patrick

Assesseur

Monsieur le Docteur (MCA) THERY Didier

Assesseur

Monsieur le Docteur KOUHANI Jeremy

Assesseur

Madame le Docteur JANCZEWSKI Aurélie

Directeur



FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI
Assesseurs :		
➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur : **Pr. Jean-Michel VITON**

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON



ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DEVRED Philippe
	ALDIGHERI René		DJIANE Pierre
	ALESSANDRINI Pierre		DONNET Vincent
	ALLIEZ Bernard		DUCASSOU Jacques
	AQUARON Robert		DUFOUR Michel
	ARGEME Maxime		DUMON Henri
	ASSADOURIAN Robert		ENJALBERT Alain
	AUFFRAY Jean-Pierre		FAUGERE Gérard
	AUTILLO-TOUATI Amapola		FAVRE Roger
	AZORIN Jean-Michel		FIECHI Marius
	BAILLE Yves		FARNARIER Georges
	BARDOT Jacques		FIGARELLA Jacques
	BARDOT André		FONTES Michel
	BERARD Pierre		FRANCES Yves
	BERGOIN Maurice		FRANCOIS Georges
	BERLAND Yvon		FUENTES Pierre
	BERNARD Dominique		GABRIEL Bernard
	BERNARD Jean-Louis		GALINIER Louis
	BERNARD Jean-Paul		GALLAIS Hervé
	BERNARD Pierre-Marie		GAMERRE Marc
	BERTRAND Edmond		GARCIN Michel
	BISSET Jean-Pierre		GARNIER Jean-Marc
	BLANC Bernard		GAUTHIER André
	BLANC Jean-Louis		GERARD Raymond
	BOLLINI Gérard		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BONGRAND Pierre		GIUDICELLI Sébastien
	BONNEAU Henri		GOUDARD Alain
	BONNOIT Jean		GOUIN François
	BORY Michel		GRILLO Jean-Marie
	BOTTA Alain		GRIMAUD Jean-Charles
	BOTTA-FRIDLUND Danielle		GRISOLI François
	BOURGEADE Augustin		GROULIER Pierre
	BOUVENOT Gilles		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BOUYALA Jean-Marie		HASSOUN Jacques
	BREMOND Georges		HEIM Marc
	BRICOT René		HOUEL Jean
	BRUNET Christian		HUGUET Jean-François
	BUREAU Henri		JAQUET Philippe
	CAMBOULIVES Jean		JAMMES Yves
	CANNONI Maurice		JOUBE Paulette
	CARTOUZOU Guy		JUHAN Claude
	CAU Pierre		JUIN Pierre
	CHABOT Jean-Michel		KAPHAN Gérard
	CHAMLIAN Albert		KASBARIAN Michel
	CHARPIN Denis		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CHARREL Michel		LACHARD Jean

CHAUVEL Patrick
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLAVERIE Jean-Michel
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
CURVALE Georges
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DELPERO Jean-Robert
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain
DEVIN Robert

MM MICHOTEY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MUNDLER Olivier
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert

LAFFARGUE Pierre
LAUGIER René
LE TREUT Yves
LEVY Samuel
LOUCHET Edmond
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MAGALON Guy
MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
METGE Paul

VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTE Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020

M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021

Honoris causa

1967	
MM. les Professeurs	DADI (Italie) CID DOS SANTOS (Portugal)
1974	
MM. les Professeurs	MAC ILWAIN (Grande-Bretagne) T.A. LAMBO (Suisse)
1975	
MM. les Professeurs	O. SWENSON (U.S.A.) Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)
1976	
MM. les Professeurs	P. FRANCHIMONT (Belgique) Z.J. BOWERS (U.S.A.)
1977	
MM. les Professeurs	C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.) C.GIBBS (U.S.A.) J. DACIE (Grande-Bretagne)
1978	
M. le Président	F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)
1980	
MM. les Professeurs	A. MARGULIS (U.S.A.) R.D. ADAMS (U.S.A.)
1981	
MM. les Professeurs	H. RAPPAPORT (U.S.A.) M. SCHOU (Danemark) M. AMENT (U.S.A.) Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne) S. REFSUM (Norvège)
1982	
M. le Professeur	W.H. HENDREN (U.S.A.)
1985	
MM. les Professeurs	S. MASSRY (U.S.A.) KLINSMANN (R.D.A.)
1986	
MM. les Professeurs	E. MIHICH (U.S.A.) T. MUNSAT (U.S.A.) LIANA BOLIS (Suisse) L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987	
M. le Professeur	P.J. DYCK (U.S.A.)
1988	
MM. les Professeurs	R. BERGUER (U.S.A.) W.K. ENGEL (U.S.A.) V. ASKANAS (U.S.A.) J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.) A. DAVIGNON (Canada) A. BETTARELLO (Brésil)
1989	
M. le Professeur	P. MUSTACCHI (U.S.A.)
1990	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999	
MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)

D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les Professeurs

D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les Professeurs

P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les Professeurs

M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur
Sir

T. MARRIE (Canada)
G.K. RADDI (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur

M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur

L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur

A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur

S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille	GUIEU Régis
ALBANESE Jacques	COLLART Frédéric	GUIS Sandrine
ALIMI Yves	COSTELLO Régis	GUYE Maxime
AMABILE Philippe	COURBIERE Blandine	GUYOT Laurent
AMBROSI Pierre	COWEN Didier	<i>GUYYS Jean-Michel Surnombre</i>
ANDRE Nicolas	CRAVELLO Ludovic	HABIB Gilbert
ARGENSON Jean-Noël	CUISSET Thomas	HARDWIGSEN Jean
ASTOUL Philippe	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
ATTARIAN Shahram	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HOUVENAEGHEL Gilles
AUDOUIN Bertrand	DANIEL Laurent	JACQUIER Alexis
AUQUIER Pascal	DARMON Patrice	JOURDE-CHICHE Noémie
AVIERINOS Jean-François	DAVID Thierry	JOUVE Jean-Luc KAPLANSKI Gilles
AZULAY Jean-Philippe	D'ERCOLE Claude	KARSENTY Gilles
BAILLY Daniel	D'JOURNO Xavier	<i>KERBAUL François détachement</i>
BARLESI Fabrice	DEHARO Jean-Claude	KRAHN Martin
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel	LAFFORGUE Pierre
BARLOGIS Vincent	DENIS Danièle	LAGIER Jean-Christophe
BARTHET Marc	DISDIER Patrick	LAMBAUDIE Eric
BARTOLI Christophe	DODDOLI Christophe	LANCON Christophe
BARTOLI Jean-Michel	DRANCOURT Michel	LA SCOLA Bernard LAUNAY Franck
BARTOLI Michel	DUBUS Jean-Christophe	LAVIEILLE Jean-Pierre
BARTOLOMEI Fabrice	DUFFAUD Florence	LE CORROLLER Thomas
BASTIDE Cyrille	DUFOUR Henry	LECHEVALLIER Eric
BENSOUSSAN Laurent	DURAND Jean-Marc	LEGRE Régis
BERBIS Philippe	DUSSOL Bertrand	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BERBIS Julie	EBBO Mikaël	LEONE Marc
BERDAH Stéphane	EUSEBIO Alexandre	LEONETTI Georges
BEROUD Christophe	FABRE Alexandre	LEPIDI Hubert
BERTUCCI François	FAKHRY Nicolas	LEVY Nicolas
BLAISE Didier	FELICIAN Olivier	MACE Loïc MAGNAN Pierre-Edouard
BLIN Olivier	FENOLLAR Florence	MANCINI Julien
BLONDEL Benjamin	FIGARELLA/BRANGER Dominique	MEGE Jean-Louis
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier	MERROT Thierry
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard	MEYER/DUTOUR Anne
<i>BOUBLI Léon Surnombre</i>	FRANCESCHI Frédéric	MICCALEF/ROLL Joëlle
BOUFI Mourad	FUENTES Stéphane	MICHEL Fabrice
BOYER Laurent	GABERT Jean	MICHEL Gérard
BREGEON Fabienne	GABORIT Bénédicte	MICHEL Justin
BRETELLE Florence	GAINNIER Marc	MICHELET Pierre
BROUQUI Philippe	GARCIA Stéphane	MILH Mathieu
BRUDER Nicolas	GARIBOLDI Vlad	MILLION Matthieu
BRUE Thierry	GAUDART Jean	MOAL Valérie
BRUNET Philippe	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MORANGE Pierre-Emmanuel
BURTEY Stéphane	GENTILE Stéphanie	MOULIN Guy MOUTARDIER Vincent
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GERBEAUX Patrick	NAUDIN Jean
CASANOVA Dominique	GEROLAMI/SANTANDREA René	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CASTINETTI Frédéric	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	NICOLLAS Richard NGUYEN Karine
CECCALDI Mathieu	GIORGI Roch	OLIVE Daniel
CHAGNAUD Christophe	GIOVANNI Antoine	OLLIVIER Matthieu
CHAMBOST Hervé	GIRARD Nadine	OUAFIK L'Houcine
CHAMPSAUR Pierre	GIRAUD/CHABROL Brigitte	OVAERT-REGGIO Caroline
CHANEZ Pascal	GONCALVES Anthony	PADOVANI Laetitia
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRANEL/REY Brigitte	
CHARREL Rémi	GRANVAL Philippe	
CHAUMOITRE Kathia	GREILLIER Laurent	
CHIARONI Jacques	GROB Jean-Jacques	
CHINOT Olivier	GUEDJ Eric	

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues	TURRINI Olivier
<i>PANUEL Michel Surnombre</i>	ROCH Antoine	VALERO René
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERGER Richard	VAROQUAUX Arthur Damien
PAROLA Philippe	ROLL Patrice	VELLY Lionel
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Dominique	VEY Norbert
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal	VIDAL Vincent
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean	VIENS Patrice
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien	VILLANI Patrick
PETIT Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VITON Jean-Michel
PHAM Thao	SCAVARDA Didier	VITTON Véronique
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SCHLEINITZ Nicolas	<i>VIEHWEGER Heide Elke détachement</i>
PIQUET Philippe	SEBAG Frédéric	VIVIER Eric
PIRRO Nicolas	SIELEZNEFF Igor	XERRI Luc
POINSO François	SIMON Nicolas	
RACCAH Denis	STEIN Andréas	
RANQUE Stéphane	TAIEB David	
<i>RAOULT Didier Surnombre</i>	THOMAS Pascal	
REGIS Jean	THUNY Franck	
REYNAUD/GAUBERT Martine	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès	
REYNAUD Rachel	TRIGLIA Jean-Michel	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	TROPIANO Patrick	
RICHERI Raphaëlle	TSIMARATOS Michel	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal retraite mars 2021
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE

GUIDA Pierre

AHERFI Sarah	ELDIN Carole	PAULMYER/LACROIX Odile
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	FAURE Alice	PESENTI Sébastien
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOLETTI Jean- Marc	RADULESCO Thomas
BEGE Thierry	FRANKEL Diane	RESSEGUIER Noémie
BELIARD Sophie	FROMNOT Julien	ROBERT Philippe
BENYAMINE Audrey	GASTALDI Marguerite	ROBERT Thomas
BERTRAND Baptiste	GELSI/BOYER Véronique	ROMANET Pauline
BEYER-BERJOT Laura	GIUSIANO Bernard	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GONZALEZ Jean-Michel	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GOURIET Frédérique	SECQ Véronique (<i>disponibilité</i>)
BOULAMERY Audrey	GRAILLON Thomas	STELLMANN Jan-Patrick
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOUSSEN Salah Michel	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	GUIVARCH Jokthan	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	HRAIECH Sami	TOSELLO Barthélémy
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VELY Frédéric
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VION-DURY Jean
CUNY Thomas	LAGARDE Stanislas	ZATTARA/CANNONI Hélène
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DARIEL Anne	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MAAROUF Adil	
DELLIAUX Stéphane	MACAGNO Nicolas	
DESPLAT/JEGO Sophie	MAUES DE PAULA André	
DEVILLIER Raynier	MEGE Diane	
DUBOURG Grégory	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUCONSEIL Pauline	NINOVE Laetitia	
DUFOUR Jean-Charles	NOUGAIREDE Antoine	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BERLAND Caroline	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	
DEGIOANNI/SALLE Anna	POUGET Benoît	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
 CALVET-MONTREDON Céline
 FORTE Jenny
 JANCZEWSKI Aurélie
 NUSSLI Nicolas
 ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
 THERY Didier

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline

EVANS-VIALLAT Catherine

LAZZAROTTO Sébastien

LUCAS Guillaume

MATHIEU Marion

MAYENS-RODRIGUES Sandrine

MELLINAS Marie

ROMAN Christophe

TRINQUET Laure

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants**

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) *disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH) *disponibilité*

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)
DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
POUGET Benoît (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH) *Surnombre*

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE) *retraite mars 2021*
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)
FRANKEL Diane (MCU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
 GUYE Maxime (PU-PH)
 TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
 RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
 VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)
 GIORGI Roch (PU-PH)
 MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
 DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
 GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
 BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)
 FLECHER Xavier (PU PH)
 OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
 PARRATTE Sébastien (PU-PH) *Disponibilité*
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

CANCEROLOGIE : RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
 CHINOT Olivier (PU-PH)
 COWEN Didier (PU-PH)
 DUFFAUD Florence (PU-PH)
 GONCALVES Anthony (PU-PH)
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
 PADOVANI Laetitia (PH-PH)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
 BONELLO Laurent (PU PH)
 BONNET Jean-Louis (PU-PH)
 CUISSET Thomas (PU-PH)
 DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
 FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
 HABIB Gilbert (PU-PH)
 PAGANELLI Franck (PU-PH)
 THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
 HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
 MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
 SEBAG Frédéric (PU-PH)
 SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
 TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
 BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)
 BIRNBAUM David (MCU-PH)
 DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
 GUERIN Carole (MCU PH)
 MEGE Diane (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) *détachement*
 DARIEL Anne (MCU-PH)
 FAURE Alice (MCU PH)
 PESENTI Sébastien (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
 GUYOT Laurent (PU-PH)
 FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)
 DODDOLI Christophe (PU-PH)
 FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE,**RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

CASANOVA Dominique (PU-PH)
 LEGRE Régis (PU-PH)
 BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
 AMABILE Philippe (PU-PH)
 BARTOLI Michel (PU-PH)
 BOUFI Mourad (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)
 PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
 DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 NGYUEN Karine (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

TOGA Caroline (MCU-PH)
 ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
 BOUBLI Léon (PU-PH) Surnombre
 BRETTELLE Florence (PU-PH)
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
 COURBIERE Blandine (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
 CUNY Thomas (MCU PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601**HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701**

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BERBIS Julie (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)
SUCHON Pierre (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

IMMUNOLOGIE 4703**MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603**

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

BARTOLI Christophe (PU-PH)
LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
DEGEORGES/MITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905**MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503**

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
MILLION Matthieu (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

KERBAUL François (PU-PH) détachement
MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
EBBO Mikael (PU-PH)
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

MEDECINE GENERALE 5303

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

GUIDA Pierre (PR associé Méd. Gén. à mi-temps) retraite au 25/09/2020 (MOAL Valérie (PU-PH)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)

FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/10/2020)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DAVID Thierry (PU-PH)

DENIS Danièle (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

REVIS Joana (PAST) (Orthophonie) (7ème Section)

NEPHROLOGIE 5203

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502**PHILOSOPHIE 17**

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE 5401**PHYSIOLOGIE 4402**

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903**PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101**

BAILLY Daniel (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

BARLESI Fabrice (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

RICHERI Raphaëlle (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

AGHABABIAN Valérie (PR)

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**RHUMATOLOGIE 5001**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

*PANUEL Michel (PU-PH) surnombre***THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804**

PETIT Philippe (PU-PH)

AMBROSI Pierre (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802**UROLOGIE 5204**

GAINNIER Marc (PU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)

GERBEAUX Patrick (PU-PH)

KARSENTY Gilles (PU-PH)

PAPAZIAN Laurent (PU-PH)

LECHEVALLIER Eric (PU-PH)

ROCH Antoine (PU-PH)

ROSSI Dominique (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

REMERCIEMENTS :

Monsieur le Professeur Gaëtan GENTILE

Je vous remercie d'avoir accepté de présider ma thèse.
Vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Patrick GERBEAUX

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail et de l'intérêt que vous y portez.
Soyez assuré de ma profonde estime et de ma profonde gratitude.

Monsieur le Docteur Didier THERY

Merci de votre présence et d'avoir accepté de juger ce travail. Merci pour votre implication et votre investissement au sein du DES de médecine générale et des étudiants. Soyez assuré de mon profond respect et de ma reconnaissance.

Monsieur le Docteur Jérémie KHOUANI

Merci de ta présence et d'accepter de juger mon travail.
Un grand merci également pour ta sympathie, ton accessibilité et ta pédagogie dans mon apprentissage à la PASS. Ton implication et ton investissement dans la recherche sur la précarité et la PASS Mobile sont une magnifique leçon de vie.

Madame le Docteur Aurélie JANCZEWSKI

Merci Aurélie d'avoir accepté de m'accompagner dans ce travail de recherche.
Tu as su gérer ma procrastination et c'était pas une mince à faire !
Ta bienveillance et ta confiance m'ont énormément aidé, bien au-delà de ce travail.
Je ne t'ai jamais remercié de m'avoir fait redécouvrir la médecine générale...
Telle que je rêve de l'exercer.

Aux patients interrogés

Merci pour votre disponibilité et de l'intérêt que vous avez témoigné pour mon travail de recherche.

A mes **parents, Padrecito y Madrecita**

Merci du fond du cœur d'avoir cru en moi depuis le début et de m'avoir accompagné et soutenu tout au long de mon parcours juché d'embûches.

C'est grâce à votre Amour, votre bienveillance, et votre présence indéfectible à mes côtés que je me construis un peu plus chaque jours.

Je vous aime.

A ma **grande sœur Alexia,**

Nous nous sommes éloignés durant ton début professionnel et moi la tête dans le guidon des études. Mais quelle joie de te retrouver depuis ton retour dans le Sud et le début de mon internat !

Merci pour toutes ces pauses dansantes et jeux de société en famille qu'y m'ont permis de me vider l'esprit quant il le fallait.

Je suis fier de ton parcours et j'espère tout prochainement pouvoir t'accompagner dans tes voyages à l'autre bout du monde !

Aux **anciens lycéens Toulousains :**

Bertrand & Claire, Camille, Charles, Emma, Marie, Mélanie, Soso (la Gastro)

tu restes mon p'tit phare dans la ville rose, **El Simon, Vianney, Yolaine & Anne-Lise** que d'aventure à la BU, sans ses pauses fou rire lors de mes premières années de médecine, elles n'auraient pas eu la même saveur. De près ou de loin maintenant, vous êtes à jamais mes cœurs d'amour Toulousains ! Entre nos aventures nocturnes, nos voyages et autre facéties en tout genre vous avez, et continuez, d'égayer mes retours dans la ville rose.

Aux **Purpanonymous et copains de l'externat Toulousain :**

Alix, Madame BanBao en personne !

Arthur, El padre, tu m'as toujours bluffé par ta volonté de fer ! J'espère qu'on pourra se retrouver plus souvent.

Aymeric, El mister sport en personne, à chaque fois que je pars avec toi en « rando » je me retrouve en mode Bill Griggs prêt à en découdre avec la nature !

Dame Béatrice, Une inconditionnelle de la bonne humeur ! J'en reviens pas qu'on puisse faire 10 visites de musées en une seule journée ><

Cécile, Ta soif inconditionnelle du Zouk n'a d'égal que tes flatulences Nicaraguayennes !

Clément, Mister coupe de soirée ! J'espère que tu m'en veux pas trop de te mettre la misère à chaque fois aux échecs. <3 sur toi mon Bro.

Cherazade, La princesse au grand cœur, merci d'être une oreille aussi attentive. J'ai hâte de pouvoir te revoir pour de folles soirées dont on a le secret !

David, Une petite dédicace à tes coups de ciseaux qui ont révolutionné mon style capillaire !

Fanny, J'espère que tu profites bien sous les cocotiers réunionnais !

Grégo P, Mon ami. A jamais la team number one à massive music quizz. J'espère vite te voir à ton retour de Polynésie ou quand j'irais.

Gregory, Ton peignoir de soirée me manque !

Lucie, Je ne serais pas l'homme que je suis aujourd'hui sans ta rencontre. Merci pour ton soutien et ce que tu m'as apporté tout au long de ces années.

Louisa, Je me rappellerai toujours de ces révisions de l'ECN en fou rire !

Manon, Ton petit accent Aveyronnais me manque, hâte de te revoir pour peut-être de futures compositions musicales ! 😊

Manou, The dude of the dudes ! Merci pour ses découvertes mousseuses.
Mathilde, The mother of the ducks, ton rire communicatif me manque, hâte de te retrouver !

Noémie, La terreur des urgences pédiatriques de Toulon ! Nos délires ont été une vraie soupape de décompression.

Ophélie, Tu es une boule d'énergie inépuisable. Je ne comprends toujours pas comment tu as fait pour pas avoir de séquelle de ton extra-dural (quoi que... <3) !

Sophia, Tu sais bien cacher la furie du Dancefloor qui est en toi !

A la **Team Carton Rouge: Mathilde, Nicolas, Adèle, Simon**: Tellement frustré qu'on ai jamais eu une seule casse-dédi de Montastruc à l'un de nos concert ! En vrai quand l'ingé son faisait son taff, c'était bien l'éclate ! 😊

A tous **mes co-internes/rencontres Marseillaises** et tout spécialement :

Les Ciotadens : **Louis, Clémence, Aurore, Violette**,

Emilie : Tu as été l'une des plus belles rencontres de mon internat, déjà 4 ans qu'on se suit et c'est un vrai bonheur que de t'avoir pour Amie. <3

Les Toulonnais première fournée : **Benaïm, Benjamin** (Le couz' Toulousaing !),

Elsa, Gaëliz (Mon soleil breton <3), **Maeva, Victor**,

Mathias : Mon confident, mon Ami. Merci pour tout ces moments et nos discussions interminables à refaire le monde et nos vies. J'espère que toi t'arriveras à pas te tromper de fac pour la soutenance !

Le sang de Toulon : **Camille, Christophe, Clarisse, Elias, Emilie, Julien, Karim, Myriam, Salomé, Xavier**,

Quelle aventure merveilleuse et incroyable passée à vos côtés ! Elle restera gravée à jamais dans mon cœur.

Mathou : Tu fais partie des plus belles personnes que j'ai pu rencontrer à l'internat. Tu respire la bienveillance, le bonheur et l'amour. Je te souhaite pleins de courage et de réussite dans ton projet pédiatrique.

A la **vinaigrette de l'Amour** : **Florian et Adrien**. Cette collocation avec vous a été une vraie bouffée d'oxygène et de bonheur ! Vous m'avez tant apporté et je vous en serais éternellement reconnaissant. Je sais qu'on a encore d'innombrables belles déconnes devant nous ! <3 sur vous les Bro' <3

Toinou, La cerise sur le gâteau des soirées, une bien belle rencontre qui j'en suis sûr réserve encore de belles surprises.

A la **TEAM PASS ADULTE Conception** : Pour votre bonne humeur, votre bienveillance et pour m'avoir fait découvrir le monde de la précarité, initié à une vraie prise en charge sociale.

A **Aurélie** pour le coup de pouce quand j'en avais bien besoin et les fous rires et les bons moments qui font toujours du bien. J'espère qu'il te reste un peu de cheveux après la relecture de cette thèse !

A **toutes les équipes médicales et paramédicales** qui ont jalonnés mon parcours universitaire et mon appris l'art de la médecine et spécialement : **Dr E. Perrier, Dr F. Debaisieux, Dr P. Mattei, Dr C. Gautier, Dr Y. Avril, Dr I. Prothoy, Dr N. Gayraud.**

Aux **patients** sans qui je ne serais pas le médecin que je suis.

Table des matières

1. INTRODUCTION	4
2. MATERIEL ET METHODES	6
2.1. Type d'étude	6
2.2. Recherche préalable	6
2.3. Echantillonnage et population étudiée	7
2.4. Recueil des données	8
2.5. Analyse des données	9
2.6. Aspects éthiques et réglementaires	10
3. RESULTATS	12
3.1. Description de la population étudiée	12
3.2. Modélisation de la modification d'informations réalisée par le patient	12
3.3. La modification d'information : un concept large pour le patient	13
3.3.1. Plusieurs modalités possibles.....	13
3.3.2. Un aspect péjoratif.....	15
3.3.3. Non obligatoire	15
3.3.4. Ne pas modifier toutes les informations	15
3.3.5. Existence d'une graduation dans la MI	16
3.3.6. Avoir conscience des conséquences potentielles	16
3.3.7. De nombreux thèmes conduisant à la modification d'information.....	17
3.4. La modification d'informations dans la relation médecin-patient en général. 18	
3.4.1. Un contrat de confiance.....	18
3.4.2. La MI : un sujet tabou.....	18
3.4.3. Répercussion de la qualité de la relation médecin-patient sur la transmission d'informations	19
3.4.4. Répercussion de l'écoute sur la transmission d'information	19
3.4.5. Répercussion de l'empathie sur la transmission de l'information	20
3.4.6. Répercussion du genre du MG sur la transmission d'information	20
3.4.7. Représentation différente entre MT et patient de l'information donnée	21
3.4.8. Répercussion de l'âge du MT sur la transmission d'information.....	21
3.4.9. Répercussion du comportement du MT sur la transmission d'information.....	21
3.4.10. Impact de la MI sur la relation M-P	22
3.4.11. Répercussion du statut social.....	23
3.5. Par quels chemins passe la modification d'information ?	23
3.5.1. Avoir un sentiment de théâtralisation	23

3.5.2.	Spontanéité de la MI	23
3.5.3.	Préméditation de la MI	24
3.6.	La modification d'information : une action directe sur la relation avec son médecin.....	24
3.6.1.	Rôle actif du MT par rapport à l'information qu'il reçoit	24
3.6.2.	Usage de stratagèmes par le médecin pour obtenir une information.....	25
3.6.3.	Ne pas vouloir confronter le patient	26
3.6.4.	Volonté de contrôle de l'action du MT	26
3.6.5.	Eviter un discours moralisateur du MT	27
3.6.6.	Avoir une représentation d'un jugement de valeur du MT	28
3.6.7.	MT se plaçant comme « sachant » :	28
3.6.8.	Ne pas vouloir que ça soit écrit dans le dossier médical.....	29
3.6.9.	Ne pas créer d'inquiétude pour le médecin, amener une réponse qu'il veut entendre	29
3.7	Un déroulé de consultation propice à la modification d'information	29
3.7.1	Le temps de consultation.....	29
3.7.2	La fréquence et le nombre de consultation	30
3.7.3	Attendre une question de la part du médecin	30
3.7.4	Pour faciliter la consultation	31
3.7.5	Existence de moments privilégiés pour la transmission d'information	31
3.7.6	Mobilier des cabinet médicaux	31
3.7.7	La présence d'une tierce personne.....	32
3.7.8	Pour appuyer un fait.....	32
3.7.9	Dématérialisation de la consultation	32
3.8	Modifier l'information : Les émotions	33
3.8.1.	Être heureux	33
3.8.2.	Sentiment de culpabilité.....	33
3.8.3.	Sentiment de tromper le médecin	34
3.8.4.	Dilemme et ambivalence	34
3.8.5.	Le langage non verbal	35
3.9.	La société : un contexte de modification d'information ?.....	35
3.9.1.	Enjeux éducationnel	35
3.9.2.	Contexte sociétal	36
3.9.3.	Ne pas se sentir seul à MI.....	37
3.10.	La modification d'information au travers de la santé du patient.....	37
3.10.1.	La perception d'améliorer sa santé.....	37
3.10.2.	Ne pas vouloir se confronter à la maladie	37

3.10.3.	Se rassurer	38
3.11.	La modification d'information : le patient avant le reste	38
3.11.1.	Par intérêt.....	38
3.11.2.	Avoir besoin de contrôler son image	39
3.11.3.	Vouloir protéger sa vie privée	40
3.11.4.	S'approprier l'information.....	40
3.11.5.	Ne pas vouloir se remémorer un souvenir désagréable, douloureux.....	41
3.11.6.	Avoir des secrets	41
3.11.7.	Responsabilité du patient sur l'information qu'il donne.....	42
4.	DISCUSSION	43
4.1.	Perceptions de la modification d'information et du mensonge par le patient.	43
4.2.	Déroulé de la consultation	45
4.3.	Quelles informations modifier ?	46
4.4.	Comment modifier l'information ?	46
4.5.	Pourquoi modifier l'information ?	48
4.6.	Le mensonge comme pouvoir d'action du patient.....	51
4.7.	Forces de l'étude	52
4.8.	Faiblesses de l'étude	53
4.8.1.	Biais de sélection	53
4.8.2.	Biais d'investigation	53
4.8.3.	Biais de recueil.....	53
4.8.4.	Biais intrinsèque au sujet et à la méthodologie d'étude	53
4.9.	Perspectives	53
5.	CONCLUSION	54
6.	BIBLIOGRAPHIE	56
7.	ANNEXES.....	59
8.	ABREVIATIONS.....	64

1. INTRODUCTION

L'information délivrée et reçue entre le patient et le médecin est un préalable à toute démarche de soin.

Elle est un élément et un enjeu fondamental dans la relation médecin-patient [1].

Malgré l'importance pour les patients de fournir une information médicale exacte au médecin, il existe depuis longtemps une croyance conventionnelle selon laquelle les patients mentent à leur médecin [2][3].

Un travail de recherche a pu montrer l'ampleur de ce phénomène. Cette étude publiée dans le Journal of the American Medical Association (JAMA) en décembre 2018, montrait que près de 70% des patients n'avaient pas divulgué certaines informations de santé à leur médecin généraliste [4].

Elle se basait sur 7 informations dissimulées (critères de jugements principaux) et s'attela à déterminer les raisons de la dissimulation d'information. Cette dernière portait de préférence sur le désaccord avec les recommandations du MG et sur la difficulté de comprendre ses instructions. Les raisons les plus fréquemment retrouvées étaient de ne pas vouloir être jugé par leur médecin, être embarrassé et de ne pas vouloir entendre à quel point leur comportement pouvait être nocif.

Une nouvelle étude publiée dans le JAMA en août 2019 portait sur la non divulgation d'informations dites « sensibles » (avoir des idées suicidaires, être dépressif, avoir subi des violences physiques ou avoir été agressé sexuellement) [5]. Près de 60% des participants avaient répondu avoir déjà dissimulé ces informations à leur médecin généraliste. Les raisons les plus fréquemment retrouvées étaient de ne pas vouloir être sermonné ou jugé, de ne pas vouloir s'engager dans un suivi médical (comme prendre des antidépresseurs et/ou consulter un spécialiste) et de ne pas vouloir que cette information soit consignée dans leur dossier médical.

Pour autant, très peu d'études scientifiques nationales ont été réalisées concernant le mensonge en consultation de médecine générale. 6 thèses de médecine générale qualitatives retrouvées sur SUDOC étudient ce sujet mais la majorité de ces travaux

aborde uniquement la représentation de la modification d'information à travers le prisme du médecin [6][7][8][9].

On retrouve également les travaux anthropo-sociologique de S. Fainzang (2006 et 2010) sur l'information et le mensonge du patient ainsi que du médecin lors de consultations dans un service d'oncologie.

Une seule étude qualitative de médecine générale thèse-article s'interrogeait sur la perception par le patient du mensonge des patients et des médecins qui a été publiée en septembre 2017 dans la revue Exercer [10].

Malgré l'importance que revêt ce sujet sur la bonne pratique médicale, les recherches médicales nationales concernant le vécu de la modification d'informations par le patient restent très marginales.

Dans ce contexte, ce travail de recherche veut apporter et faire progresser les connaissances scientifiques relatives à la perception du patient de la modification d'informations réalisée par celui-ci en médecine générale et proposer une modélisation qui servirait d'outil pour mieux l'appréhender.

L'objectif principal de l'étude est d'explorer le vécu et la perception de la modification d'information par le patient en médecine générale.

2. MATERIEL ET METHODES

2.1. Type d'étude

Nous avons choisi d'aborder ce sujet par la méthode qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de patients de médecine générale d'octobre 2020 à juin 2021. Nous avons fait le choix d'une approche inspirée de la théorisation ancrée. Cette approche comparativement à celle de l'interprétation phénoménologique permet la production d'un modèle explicatif et de développer une théorie à propos de processus sociaux.

Cette approche fait suite à l'analyse axiale et ouverte, il s'agit de faire émerger une hypothèse intermédiaire après chaque fin d'entretien. Elle permet ensuite de préciser les caractéristiques recherchées pour le recrutement du participant suivant [11].

2.2. Recherche préalable

Une recherche bibliographique sur le mensonge dans sa conception la plus large ainsi que sur la modification d'informations effectuée par le patient a été réalisée avant les entretiens. Elle s'est voulue volontairement concise pour diminuer les préjugés potentiels et éviter d'orienter les réponses lors des entretiens avec les participants.

Une revue de la littérature s'est poursuivie à la fin du recueil de données pour la comparaison avec le modèle théorique produit.

La recherche bibliographique s'est effectuée via plusieurs ressources électroniques : SUDOC, PUBMED, CAIRN, GOOGLE SCHOLAR, HAL.

L'auteur s'est permis également de trouver des éléments de réponses au travers de lectures personnelles [18][27][40][41].

La méthodologie du travail de recherche qualitative n'étant pas connue au préalable par le chercheur, une formation a été nécessaire par le biais de la directrice de thèse et des lectures de l'auteur [12].

2.3. Echantillonnage et population étudiée

L'échantillonnage a été réalisé de manière théorique jusqu'à saturation des données (arrêt du recueil de données lorsqu'aucune nouvelle information pertinente n'apparaît après plusieurs entretiens) [13].

Les critères d'inclusions et d'exclusions des participants sont les suivants :

Population cible : Patients ayant un médecin généraliste sur le territoire français

Critères d'inclusion :

Être âgé de plus de 18 ans

Être francophone

Avoir déjà eu un médecin traitant

Avoir modifié une information donnée à un médecin généraliste

Avoir consenti à participer à l'étude

Critère d'exclusion :

Être mineur

Être non francophone

Ne pas avoir modifié d'information à un médecin généraliste

Les personnes mineures et non francophones n'étaient pas incluses du fait de principe éthique et/ou d'une difficulté à la réalisation des entretiens.

Par souci de cohérence avec le sujet de recherche, les personnes affirmant ne pas avoir modifié d'informations à leur médecin n'étaient pas incluses.

Le nombre de sujets nécessaire était défini par le phénomène de saturation des données.

Le recrutement des participants s'est fait en deux étapes :

Une première étape a été de faire circuler par l'intermédiaire de feuilles d'annonce de recherche de participants disposées chez des commerçants du quartier de l'auteur. Mais cette technique d'approche fut infructueuse.

La seconde étape a consisté au recrutement des participants par l'intermédiaire de

connaissances de l'auteur, puis par effet boule de neige. Suite aux entretiens, l'auteur a trouvé des participants correspondants aux hypothèses émergentes (échantillonnage théorique) *via* l'aide des personnes interrogées et des personnes de l'entourage de l'auteur.

Lorsque des participants étaient identifiés, l'auteur recontactait ces patients par téléphone pour leur exposer le principe de l'entretien et le thème de la recherche, il leur envoyait également une fiche informative par mail. Dans un second temps, le patient était recontacté pour fixer une date et une heure de rendez-vous téléphonique ou en présentiel. Un mail contenant une fiche de consentement/non opposition leur était également envoyé.

Certains patients recontactés présentaient un critère d'exclusion et n'étaient pas intégrés dans la recherche.

2.4. Recueil des données

L'auteur a choisi un recueil de donnée par entretiens individuels semi-directifs. Au vu du sujet de recherche, l'entretien semi-dirigé a semblé être le plus adéquat pour l'expression des émotions, ressentis, opinions et récits des participants comparativement à la méthode par *focus group*. Il favorise une parole libre et diminue le sentiment de jugement qu'aurait pu ressentir le participant en entretien avec d'autres participants [14].

Pour réaliser ces entretiens, l'auteur a élaboré un guide d'entretien (cf. annexe) à partir des données de la littérature, et l'a adapté au fur et à mesure de la progression de l'étude, en fonction des nouveaux points soulevés par les participants, témoignant de la posture inductive du chercheur.

Il a été choisi par l'auteur de ne pas directement utiliser le terme mensonge mais de modification d'informations pour plusieurs raisons :

- La connotation possiblement négative du terme par les participants
- Certaines situations n'impliquant pas à proprement parler le mensonge (défini comme délibéré par celui qui le réalise [31]) mais pouvant avoir des répercussions sur la prise en charge du patient. On peut prendre l'exemple de la production inconsciente d'informations erronées. De même, la transmission de fausses informations lorsqu'un individu la croit vraie, ou bien la non-divulgence d'une information connue par le

patient.

Chaque entretien a été réalisé par l'auteur, l'objectif était de favoriser l'expression libre des participants par des questions ouvertes, tout en reformulant les propos à l'aide de relances et demandes d'approfondissement [14].

L'enregistrement de l'entretien, *via* une application d'enregistrement sur téléphone Xiaomi® Redmi Note 6, ne comportait aucune limitation de durée. Les patients étaient libres d'arrêter l'entretien à tout moment. Un accord oral leur était demandé avant chaque début d'entretien.

L'auteur a ensuite procédé à la retranscription intégralement anonymisée mot à mot des entretiens sur Microsoft Word®. Il a également noté les mimiques, les intonations, les rires, les pauses des participants. Les enregistrements ont été détruits par la suite. Les retranscriptions n'ont pas été soumises aux participants concernés pour être corrigées (cf. annexes).

8 entretiens sur 11 ont été réalisés par téléphone et 3 entretiens ont été réalisés en présentiel.

L'auteur a privilégié les entretiens téléphoniques pour trois raisons. La première étant la situation sanitaire, la seconde étant que la majorité des participants recrutés habitaient à plusieurs centaines de kilomètres de l'auteur. Enfin, le sujet de recherche pouvant amener le participant à parler de sujets « sensibles », l'auteur a pris le parti que l'entretien téléphonique permettrait au participant de se sentir plus en confiance pour parler de leurs récits, expériences.

Pour les entretiens en présentiel, ils ont eu lieu pour deux d'entre eux chez la personne interrogée et un dans une brasserie.

2.5. Analyse des données

L'analyse des données s'est réalisée avec l'aide du logiciel Microsoft Excel®.

L'analyse du contenu a été faite avec une posture ouverte et inductive *via* l'approche par théorisation ancrée [13]. L'auteur, après la finalisation de la retranscription des entretiens et la relecture, a pu émettre des hypothèses provisoires. Ces mêmes

hypothèses étaient mises à l'épreuve lors de l'entretien suivant par un travail sur la reformulation et de la grille d'entretien. Cela dans le but de récolter de nouvelles données en lien avec la recherche jusqu'à saturation des données [15].

Dans un premier temps, l'auteur a procédé à un codage longitudinal dit ouvert, en créant via les entretiens retranscrits des *verbatim*, qui permettait l'émergence de catégories caractérisées par leurs propriétés.

Puis l'analyse axiale permettait d'articuler les propriétés et les catégories autour de grands axes.

Enfin l'analyse sélective faisait émerger un modèle explicatif intégrant les différents axes.

La triangulation a été permise par le double codage de certains entretiens (B ; C ; E ; F ; G). Ils ont été réalisés conjointement avec un sociologue (Mr A. Dolez) et deux médecins thésées (Dr M. Vermersch et Dr E. Archambaud) sensibilisés au sujet de recherche. Cette mise en commun des codages permettait de s'assurer que le codage coïncidait entre les chercheurs, éviter d'oublier des *verbatim* et assurer une validité interne de la recherche.

Un second effort de triangulation a été réalisé lors de la modélisation de la question de recherche avec la directrice de thèse, Dr A. Janczewski. Cette seconde triangulation a permis de confronter les données analysées par les deux chercheurs et ainsi permettre une modélisation évolutive.

Un journal de bord a été rédigé par l'auteur durant l'étude se voulant un outil de réflexion et d'analyse.

2.6. Aspects éthiques et réglementaires

Les participants de l'étude ont consenti librement à leur participation en toute connaissance de cause via l'utilisation d'une notice informative ainsi que d'un formulaire de consentement.

Chaque entretien retranscrit a été anonymisé en supprimant tous les noms propres (personnes, lieux...) ainsi que d'éventuels éléments particuliers pouvant permettre la reconnaissance des participants.

La présente recherche respecte le texte de loi Jardé et bénéficie d'une déclaration à la CNIL ainsi que d'une approbation par le comité d'éthique de l'université d'Aix-Marseille. (cf. annexe)

3. RESULTATS

3.1. Description de la population étudiée

Entre décembre 2020 et août 2021, 11 patients ont été interrogés. L'échantillon des entretiens semi-dirigés comprenait 6 femmes et 5 hommes. L'âge moyen de la population d'étude était de 54,1 ans.

Les entretiens ont duré entre 14 min et 1 h 03 min, pour une moyenne de 37 min. Leurs caractéristiques sont listées dans le tableau 1.

	Âge	Genre	Profession	Niveau d'étude	Durée
A	59	F	Retraitée	Bac + 4	25'34
B	28	M	Interne en médecine	Bac +9	14'21
C	31	M	Kinésithérapeute	Bac + 4	34'26
D	60	F	Chômage	Bac	27'20
E	58	F	Professeure de danse	Bac +2	32'29
F	60	F	Infirmière	Bac +6	43'31
G	63	F	Professeure d'espagnol	Bac +6	52'47
H	32	F	Professeure de Lettre	Bac +5	52'33
I	72	M	Médecin retraité	Bac +12	37'03
J	50	M	Serveur/Barman	Bac	1h03
K	82	M	Armée de l'air retraité	Bac	25'48

Tableau 1. Caractéristiques des patients interviewés F : Féminin M : Masculin

3.2. Modélisation de la modification d'informations réalisée par le patient

Les résultats sont constitués des *verbatim* et ont été analysés en « propriétés » pour constituer la modélisation ci-dessous :

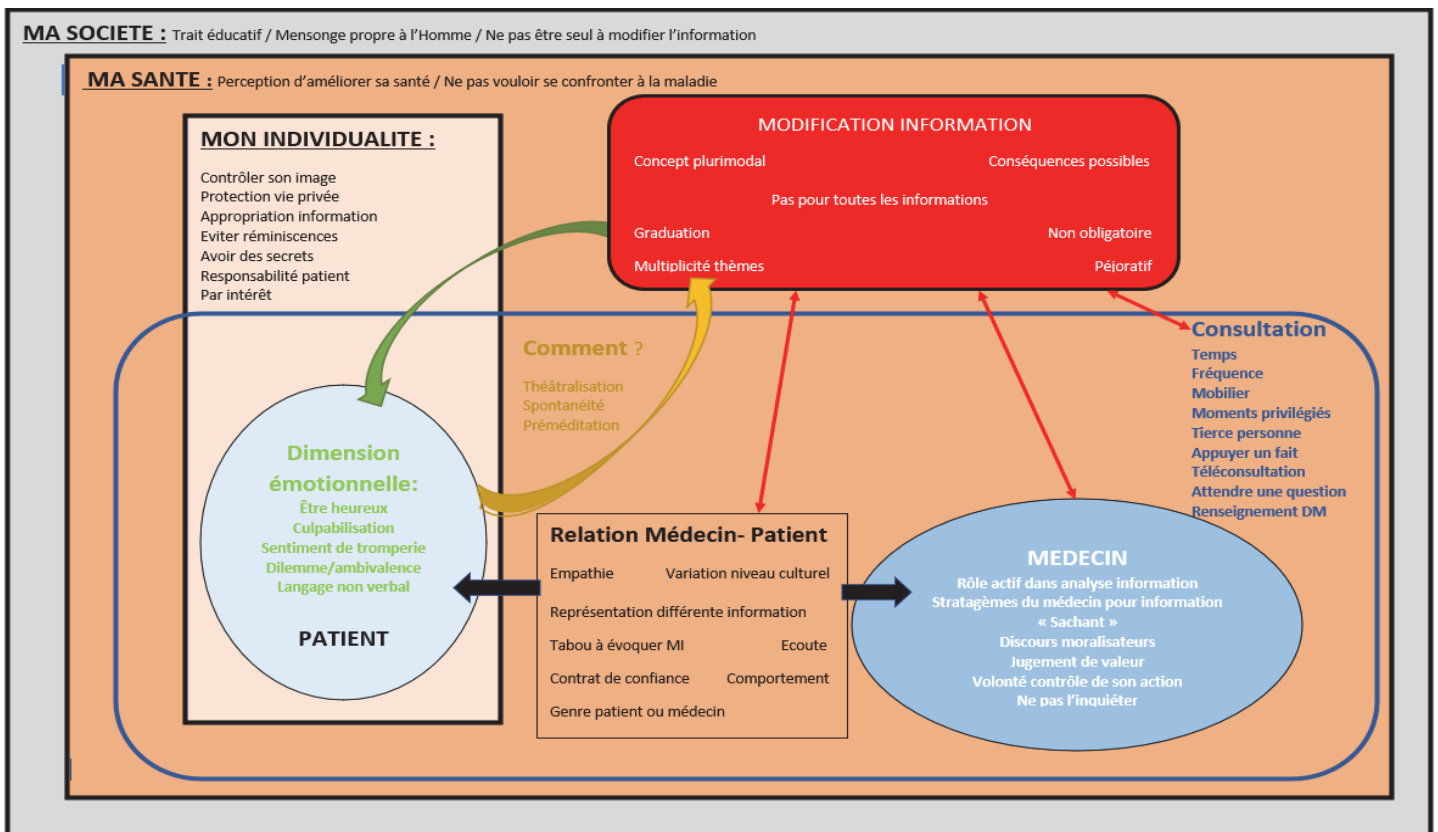


Figure 2 : Modélisation de la perception de la MI réalisée par le patient (cf. annexe)

3.3. La modification d'information : un concept large pour le patient

3.3.1. Plusieurs modalités possibles

En premier lieu nous remarquons que le patient tend à rapprocher la modification d'information du mensonge.

(J : « Dans tous les cas c'est un mensonge, c'est la même chose. »)

Suivant les participants, le mensonge peut se présenter sous plusieurs formes.

(D : « Le mensonge peut prendre 50000 facettes. »)

Il est défini comme pouvant être volontaire de la part du patient.

(I : « C'est volontaire de la part du patient. »)

Pour d'autres (comme D) et dans certaines situations, ce n'est pas volontaire.

(D : « Avec Mme L, c'est pas tellement que je voulais lui mentir... »)

La modification d'informations peut être définie comme un manque de sincérité ou d'honnêteté.

(H : « Ne pas avoir été sincère. » ; « Je serais moyennement honnête... »).

Pour d'autres, c'est un manque de franchise.

(J : « Si on n'est pas franc. »).

La modification d'informations exprimée par les participants peut être réalisée grâce à différents procédés :

→ L'omission

(E : « Et en y réfléchissant bien, si en fin de compte. En omettant des choses ou en faisant des mensonges pas importants. »)

→ L'amplification/la minimisation :

(H : « C'est transformer une information en l'exagérant ou au contraire en la minimisant. »)

(F : « Pour moi mentir c'est pas lui cacher la vérité, c'est minimiser la vérité. »)

→ La dissimulation

(H : « Je serais de plus en plus en mesure de dissimuler le moins de choses possible. »)

→ La modification

(G : « On va peut-être modifier soit ignorer un problème »)

→ L'invention :

(H : « [...] signifie soit inventer quelque chose qui n'est pas vrai et le faire passer pour vrai. »)

Tout cela tend à avoir un impact sur la divulgation de la vérité détenue par le patient.

(H : « C'était un arrangement avec la vérité »)

(E : « Comme pour tout le monde, de modifier la vérité, de ne pas dire la vérité. »).

Une participante a expliqué avoir parfois tendance à oublier certaines informations qui sont alors retrouvées par le médecin *via* ses questions.

(A : « *Il y avait trop d'informations dans ma tête.* » ; « *C'est le médecin qui a permis de pas l'oublier.* »)

3.3.2. Un aspect péjoratif

En général, la perception de la modification d'informations reste connotée négativement par les patients.

(J : « *C'est quelque chose qui est nuisible.* » ; « *Globalement c'est une catastrophe.* »)

(I : « *La modification d'information si elle existe c'est une connerie.* »)

3.3.3. Non obligatoire

Pour les patients interrogés avant tout il n'y a pas d'obligation propre de modifier l'information lors de toutes les consultations.

(G : « *Non ce n'est pas inéluctable. Ce n'est pas obligatoire.* »)

Pour certain même elle ne devrait pas exister.

(E : « *Ça devrait pas arriver.* »)

D'ailleurs l'utilisation du verbe « devoir » sur le plan linguistique trahit l'obligation morale de ne pas modifier l'information ou mentir.

De plus, il faudrait avoir le moins souvent possible recours au mensonge et qu'il ait le moins de conséquences possible.

(H : « *Il faut que ça reste parcimonieux et bénin.* »)

3.3.4. Ne pas modifier toutes les informations

Chaque information donnée par le patient a une fonction particulière dans le sens où toutes les informations n'ont pas la même valeur, certaines ont plus de poids que d'autres. C'est ainsi que le patient ne modifie pas les informations considérées comme graves.

(H : « Je ne suis jamais allée jusqu'à simuler des symptômes importants »)

Certains participants se demandent pourquoi des informations considérées comme importantes pour leur prise en charge ne seraient pas données par le patient.

(C : « Par exemple je vais pas cacher que j'ai des palpitations tous les jours, ou alors je me demande pourquoi les gens le feraient. »)

3.3.5. Existence d'une graduation dans la MI

La graduation se fait souvent en fonction des impacts de cette modification d'informations et sur leurs conséquences possibles.

(D : « Le mensonge peut prendre 50000 facettes. Du plus simple au plus grave. »)

La plupart des participants s'accordent sur le fait que le mensonge reste le degré le plus élevé de la modification d'informations envers leur médecin généraliste.

(G : « Mensonge, mensonge [grattage de gorge] là on va un peu loin, je présume. Même si on est dans le même cadre un petit peu mais quand même. Mais il y a un degré de différence complètement. » ; « Pour moi mensonge c'est quand même le cap ultime quoi, c'est le plus grave je trouve, non ? Enfin, je le ressens comme ça. »)

3.3.6. Avoir conscience des conséquences potentielles

La plupart des participants interrogés révèlent l'absence de conséquences de leur modification d'informations sur la suite de leur prise en charge ou dans la relation qu'ils ont avec leur médecin traitant.

(H : « Je pense pas que pour moi que ça ait eu des conséquences néfastes. »)

Certains participants perçoivent la modification d'informations comme un acte positif dans la globalité de leur suivi.

(J : « Si je n'avais pas modifié l'information ma vie elle aurait été plus compliquée quoi »)

Mais il reste quand même conscient des conséquences potentielles que peut entraîner la MI sur la suite de la prise en charge.

(H : « J'évite d'aller dans ce genre de travers parce que c'est toujours pour des choses que je considère pas comme grave du point de dissimulation de l'information mais je pense qu'à un certain niveau ça peut biaiser le diagnostic médical donc ça peut être grave enfaite. »)

3.3.7. De nombreux thèmes conduisant à la modification d'information

A la suite des entretiens, différents thèmes ont été retrouvés dans la modification d'informations :

→Antécédents (*F : « Par exemple pour la salpingectomie que j'ai eu bah j'ai pas donné d'information à un médecin généraliste. »*)

→Symptômes (*D : « En lui racontant que j'avais une sciatique alors que j'avais pas de sciatique du tout »*)

→Vie familiale (*H : « Et par rapport à la situation familiale je pense que je suis pudique aussi donc je ne dirais pas ce genre de chose. »*)

→Comportement alimentaire (*D : « J'ai dû omettre quand on prend du poids les femmes »*)

→Usage de drogue (*B : « Lorsqu'il me demandait si je prenais des produits stupéfiants, [...] j'ai pas dit la vérité »*)

→Non prise de traitement (*D : « Donc en fait je lui ai pas dit, effectivement je l'ai pas pris. »*)

→Etat psychologique (*H : « Je vais pas lui dire vraiment mon ressenti psychologique »*)

→Confiance portée à son médecin (*D : « Je veux pas lui dire : « je vous ai pas cru, je vous ai pas fait confiance » »*)

→Zones anatomiques honteuses (*I : « Notion de parties honteuses chose qu'on ne doit pas montrer etcétera »*)

3.4. La modification d'informations dans la relation médecin-patient en général

3.4.1. Un contrat de confiance

Durant les entretiens, la notion de contrat de confiance revient souvent. Ce contrat serait un gage de diminution de MI.

Pour F, il peut être instauré par le patient à partir d'un certain âge.

(F : « Tu passes un contrat à partir d'un certain âge. T'y penses à partir de 50-55 ans, là tu mens plus, tu lui expliques. »)

La confiance qui se noue au fil des consultations reste très importante pour la bonne transmission d'informations.

(J : « Quand vous êtes dans une relation de confiance, je vois moi j'ai eu quelques médecins avec qui ça se passait très très bien avec qui j'étais en confiance et beh vous avez pas besoin de mentir enfaite. »)

(H : « Je mentirai de moins en moins à mon médecin parce que maintenant que j'ai un médecin avec qui je suis plutôt en confiance etcetera je pense que je serais de plus en plus en mesure de dissimuler le moins de choses possible et de dire le plus la vérité. »)

(I : « La confiance vraiment très forte entre le patient et son médecin, c'est la seule chose qui peut limiter le mensonge. »)

3.4.2. La MI : un sujet tabou

Un participant présente la MI comme un sujet tabou, il pense que les médecins peuvent ne pas être au courant de cette particularité dans la relation médecin-patient.

(J : « Je ne sais pas si les médecins en ont conscience, c'est un peu sujet tabou. »)

3.4.3. Répercussion de la qualité de la relation médecin-patient sur la transmission d'informations

Pour le participant J, une bonne relation médecin-patient est basée sur la confiance en ce qu'elle permet de divulguer des informations avec plus de facilités.

De plus, le fait de partager des zones de vie commune permet d'être dans un climat amenant au don d'informations.

Il finit par comparer la relation de confiance entre le médecin et son patient à une relation amicale.

(J : « Si on aime bien son médecin, on apprécie son médecin on va s'ouvrir plus facilement, c'est important. »).

(J : « C'est vrai que pour pouvoir s'ouvrir il faut avoir des choses communes »)

(J : « La relation patient-médecin est un peu... Je vais pas dire comme la relation amoureuse mais plutôt amicale ou entre guillemets il faut quand même une relation de confiance. »)

3.4.4. Répercussion de l'écoute sur la transmission d'information

L'attitude d'écoute du médecin est importante pour les patients et conditionne la confiance qu'ils ont dans la relation avec le médecin et sur l'information donnée à ce dernier.

(C : « On ressent si la personne écoute vraiment [...] si je vois que par exemple le médecin va rebondir sur un fait que pour moi peut me paraître insignifiant ou un détail. Moi je traduis ça comme une attitude d'écoute [...] et du coup ça me mettrait en confiance et j'aurais moins envie de mentir. »)

Pourtant quelques entretiens évoquent souvent un manque d'écoute de la part du MT tout cela s'intégrant dans un relationnel psychologique.

(H : « D'avoir plus d'écoute, un peu plus de psychologie qui m'amènerait moi à être un peu moins crispée à ce niveau-là, sur toutes les questions qui touchent à la psychologie ou à des choses qui sont pas nécessairement physiologiques quoi. »)

La double casquette patient-thérapeute du participant C lui permet de se rendre compte du manque d'écoute des thérapeutes.

(C : « Je crois que ça c'est un problème qu'au final les thérapeutes de santé on n'écoute pas assez les patients. »)

3.4.5. Répercussion de l'empathie sur la transmission de l'information

Un manque d'empathie de la part du MT peut être à l'origine de problèmes dans la relation médecin-patient pouvant amener à la modification d'informations.

(I : « Si l'empathie n'existe pas dans la relation malade médecin il y aura forcément des dérives. »)

L'empathie, qualité du médecin, permet d'amener une subjectivité d'écoute et de compréhension au patient et ainsi devenir un facteur de diminution de modification d'informations.

(G : « Je crois que l'empathie [...] c'est très important et c'est ce qui peut amener les gens à ne pas précisément modifier, occulter, mentir. Se sentir écouté, compris voilà. »)

Elle permettrait au médecin, d'après G, de « trouver » des problèmes plus profonds cachés derrière certains symptômes.

(G : « Il arrive à un moment de l'histoire il faut vraiment de l'empathie. Toute personne qui consulte même si c'est quelques fois pour un petit bobo qui peut paraître dérisoire faut bien dire que peut-être il y a autre chose à côté et faire preuve d'empathie. »)

3.4.6. Répercussion du genre du MG sur la transmission d'information

Dans cette partie, tous les *verbatim*s sont issus d'entretiens avec des femmes. Le rapport de confiance peut également être influencé par le genre du médecin.

(F : « Une entière confiance c'est une femme. »)

Quand le médecin généraliste est un homme, les difficultés de divulgation de l'intimité sont accrues.

(D : « C'était un homme alors j'avais plus de mal à lui parler de problèmes physiques. »)

A *contrario* lorsque c'est un médecin du même genre (ici femme-femme), les thèmes plus intimes sont beaucoup plus abordables en consultation.

(G : « Elle qui me suivait régulièrement et puis on pouvait discuter peut-être de thèmes beaucoup plus intimes et différents. »)

3.4.7. Représentation différente entre MT et patient de l'information donnée

Certaines informations sont perçues de manières distinctes entre le médecin et le patient, telle que la représentation du corps. Cela obligerait le médecin à un décryptage de l'information donnée.

(I : « Cette image de son corps, en fait, fait que le discours qu'il va avoir ou l'échange qu'il va avoir avec son médecin va être modifié par la façon dont il va lui-même décrire ce qu'il pense être ses symptômes où le patient va décrire ses symptômes. »)

3.4.8. Répercussion de l'âge du MT sur la transmission d'information

Certains entretiens faisaient ressortir certaines caractéristiques du médecin comme l'âge qui pouvait modifier la confiance dans le médecin et donc influencer l'information donnée par le patient.

*(I : « Il y a un problème générationnel, vous vous sentez pas en confiance » ;
« J'ai moins confiance aux médecins plus jeunes que moi. »)*

3.4.9. Répercussion du comportement du MT sur la transmission d'information

L'attitude du médecin conditionne l'information donnée par le patient. Par exemple, l'un des participants a déjà eu affaire à un médecin qu'il qualifie d'hostile et en conséquence a modifié l'information.

(J : « Quand vous êtes avec quelqu'un qui est plus ou moins hostile entre guillemets ben là vous allez avoir plus tendance vous-même à vous fermer et plus facilement à mentir ou faire des réponses succinctes sans s'étaler »)

sur le problème. »)

Parfois c'est le comportement du médecin envers le patient dans une relation de clientélisme qui dégrade la relation médecin-patient et ainsi l'information échangée.

(J : « Des fois on a l'impression qu'il est là parce que c'est alimentaire (rire) non c'est terrible. Et à ce moment-là ça coupe le dialogue. »)

Certains patients face à une attitude paternaliste de leur médecin traitant se sentent moins enclins à divulguer des informations.

(D : « Il était assez pater... Enfin c'était assez familial [...] finalement ouai certains trucs j'arrivais pas à lui parler effectivement. »)

La manière de poser des questions et de demander des informations (brutalement d'après H) par le médecin généraliste est pourvoyeur de modification d'informations sur certains thèmes comme la psyché notamment.

(H : « Plus de psychologie mais de la vraie psychologie pas un truc brut de décoffrage quoi ; de la psychologie beh comme le psy, le psy il pose pas de question mais par une manière un peu détournée il arrive à faire parler, donc peut-être plus une approche comme ça. »)

Lorsque le patient est confronté à des médecins ayant des difficultés à se confronter à de nouvelles idées, il a tendance à d'avantage modifier l'information.

(H : « Je modifie l'information avec des médecins pas assez ouverts d'esprit, qui ne sont pas malléables »)

3.4.10. Impact de la MI sur la relation M-P

L'impact dépend du type de relation et du médecin lui-même.

(E : « Qu'avec le médecin que j'ai actuellement la même situation n'aurait pas eu la même conséquence entre nous et sur lui enfaite. »)

Le risque que le médecin s'en aperçoive peut amener à une perte de confiance envers son patient.

(A : « Le médecin va s'en apercevoir un moment donné et au final il aura perdu confiance en son patient »)

La MI induit un risque de modification et de rupture dans la relation M-P.

(A : « La relation quelque part elle va être un peu faussée voilà. »)

Mais malgré la révélation de la MI au MT, il peut ne pas y avoir de conséquence néfaste sur la relation M-P.

(E : « Mais ensuite c'est revenu à la normale. »)

3.4.11. Répercussion du statut social

Un participant remarque que le statut social du patient peut impliquer une information différente donnée au médecin.

(I : « La relation entre un ingénieur et son médecin traitant n'est pas la relation entre un ouvrier et son médecin. Ils ne se livrent pas de la même façon. »)

3.5. Par quels chemins passe la modification d'information ?

3.5.1. Avoir un sentiment de théâtralisation

Il existe un aspect théâtral de la part du patient en modifiant l'information, comme s'il jouait la comédie.

(D : « Je me suis dit en gros tu es une bonne comédienne » ; « C'était tellement bien joué, que je crois que non, et ça a marché »)

La modification d'informations peut passer par un rôle d'acteur.

(E : « Si on a mieux réfléchi son rôle »)

3.5.2. Spontanéité de la MI

Les interviews ont révélé le caractère involontaire, sans contrôle cognitif de la modification d'informations et donc sans préméditation.

(H : « En plus j'ai menti de manière spontanée, d'ailleurs je me suis pas contrôlée, parce qu'au départ j'avais pas trop calculé ce que j'allais dire et c'est ça qui est sorti au moment où j'étais devant le médecin. »)

On remarque également que les patients ne conscientisent pas sur le moment une modification d'information comme tel.

(E : « On ne l'apparente pas comme ça souvent d'ailleurs, je crois qu'il y a plein de mensonge comme ça ou on ne l'apparente pas à un mensonge alors que finalement ça en est un quand même. » ; « Non dans les situations habituelles quand je pense que rencontre la plupart des gens euh non je ne l'ai pas vécu du tout pareil car je n'en avais même pas conscience. »)

3.5.3. Préméditation de la MI

A *contrario* certains patients arrivent directement avec un schéma construit de l'information à modifier.

(D : « Je savais bien ce qu'il fallait dire, je savais les douleurs. »)

Ils peuvent élaborer des scénarios réfléchis et planifiés.

(E : « Dans l'autre cas où j'ai vraiment vraiment menti où j'y suis allée en me disant je vais lui raconter ça » ; « Oui c'était réfléchi bien sûr »)

L'anticipation fait partie prenante de cette préméditation.

(H : « La plupart du temps oui enfaite, j'anticipe quand je me modifie les informations. »)

3.6. La modification d'information : une action directe sur la relation avec son médecin

La MI réalisée par le patient a pour but de ne pas dire la vérité au médecin. Mais elle semble ne pas être réalisable avec n'importe quel médecin.

(E : « Oh bah oui, bah oui tout le monde peut mentir mais après ça dépend du mensonge et ça dépend aussi du médecin [...] un gros mensonge, le truc bien ficelé, peut-être que ça passe moins facilement avec certain médecin »)

3.6.1. Rôle actif du MT par rapport à l'information qu'il reçoit

Un participant interrogé pense que les médecins savent quand il modifie l'information.

(H : « Les médecins ne sont pas dupes et voient très bien que je suis en train de m'arranger avec la vérité »)

Pour F, ce serait au médecin de reconnaître si un de ses patients modifie l'information.

(F : « C'est au médecin de savoir si le patient... C'est au médecin de faire la part des choses, du discernement du vrai et du faux. »)

Pour G, lorsqu'il n'a pas révélé une information, c'est son MT qui arrive à retrouver l'information.

(G : « Mon médecin généraliste en dépit de mes non-dits et de mes silences, il a su les faire parler et les interpréter. »)

3.6.2. Usage de stratagèmes par le médecin pour obtenir une information

Lorsque le MT perçoit le risque de MI c'est à lui de retrouver l'information en usant de techniques.

(H : « C'est déjà arrivé qu'il comprenne que je sois en train d'esquiver le vrai problème et que du coup il me tende une perche. »)

Il peut par exemple utiliser des questions suggestives pour retrouver la vraie information.

(F : « Ça dépend si tu le connais depuis longtemps. Elle te regarde et puis elle te dit : « Bon, j'en rajoutes deux ou trois de plus ? » Tu vois et puis je lui dis « Si tu veux oui ». »)

Le MT peut user de détours discursifs pour amener le patient à donner des informations sur des zones où il aurait tendance à modifier l'information s'il l'avait questionné de manière brute comme un interrogatoire.

(H : « Il va prendre deux trois petits détours qui vont me faire parler et éventuellement venir sur un terrain plus psychologique et éventuellement dire la

vérité sur des choses qui peuvent m'amener à des moments à consulter et à mentir.

»)

3.6.3. Ne pas vouloir confronter le patient

Ce qui ressort de certains entretiens c'est le risque lorsque le médecin remarque que le patient modifie l'information, qu'il mette ce dernier face à ses contradictions et embarrasse ce dernier.

Mais la plupart du temps, le médecin s'est positionné de manière à protéger et respecter la relation MP en n'explicitant pas oralement qu'il avait remarqué la modification d'informations effectuée par le patient.

(B : « Même si lui il a ressenti il n'a pas voulu me mettre en porte à faux non plus. »)

Le participant H nous fait part d'une complaisance bienveillante du médecin vis-à-vis de la MI réalisée par les patients. Cet assentiment s'intègre dans le respect de l'intimité du patient.

(H : « Je pense qu'il y a aussi une complaisance entre guillemet, une complaisance bienveillante du médecin qui sent que son patient ne lui dit pas totalement la vérité mais ce qui lui dit n'est pas non plus complètement fantasque et qui passe l'éponge pour pas être intrusif ou quoi que ce soit. Qu'il sait, comment dire, être délicat et respecter une certaine forme de pudeur »)

Pour J, il ne serait pas productif pour le médecin de moraliser le patient ayant modifié l'information mais plutôt de faire preuve de compréhension.

(J : « Le médecin il est peut-être mieux, même s'il le voit c'est essayer d'arranger la chose de façon différente plutôt que de prendre le patient de plein... De comprendre pourquoi il y a eu mensonge que de dire : « T'as menti c'est pas bien. » »)

3.6.4. Volonté de contrôle de l'action du MT

Via la MI le patient peut indirectement contrôler le discours du MT. Ainsi il peut diriger le discours donné par le médecin dans le sens qui l'arrange.

(G : « Avantage beh c'est souvent le discours de retour que j'ai bon souvent c'est « 10 cigarettes allez, vous pouvez diminuer essayer d'en fumer moins, essayer d'arrêter c'est pas énorme » vous voyez ce que je veux dire. Alors que c'est un leurre

puisque ce n'est pas la vérité. J'en suis parfaitement consciente. Mais, j'aime l'entendre. »)

Certains patients préfèrent modifier l'information par peur des conséquences sur leur prise en charge. Donc les patients contrôlent indirectement les actions du médecin généraliste.

(B : « On a peur de tout dire car on a peur des conséquences que ça peut avoir. »)

D'autre part, certains patients se considèrent plus compétents que leur médecin généraliste quant à leur santé et aux médicaments qu'ils prennent en confrontant le discours d'un spécialiste à celui du MT. Ainsi en modifiant l'information, ils obligent le médecin à réaliser la prescription que le patient veut.

(E : « Oui et de pas être obligé de reconsulter pour ça alors que je sais, je connais les symptômes, que je sais ce que l'ORL va de toute façon me prescrire même si mon médecin traitant lui n'a pas pu constater le problème puisque bon il n'est pas spécialiste. Je sais que quand je vais voir mon ORL il va me dire... Je sais ce qu'il va me prescrire. »)

3.6.5. Eviter un discours moralisateur du MT

Le patient peut être amené à modifier l'information pour éviter d'avoir un avis, un conseil, une information du médecin et une réponse qu'il connaît déjà sur des aspects de sa vie.

(G : « Parce que souvent les médecins me disent, [...] enfin me parlent des méfaits du tabac... Parce que je les connais. Je ne suis pas sotte, mais on parlait d'addiction. Bah ça en est une, c'est facile de dire qu'il faut arrêter encore faut-il avoir la volonté. Pour l'instant je ne l'ai pas, voilà. Donc, je le vois en disant « oui, mais pas plus de 10 par jours » ça me donne bonne conscience en réalité c'est faux. »)

(F : « Tout de suite on nous dit : « Et bien avant tout si vous avez des artérites ou si vous un peu des fourmillements et beh il faut arrêter de fumer et puis après vous allez revenir et vous verrez que vous aurez moins de fourmillements. Mangez moins gras et vous aurez moins de cholestérol, faites attention à votre régime. » [...] -Enquêteur : Vous ne le dites pas pour éviter d'être confronté à une sorte de

moralisation ?

-F : Oui tout à fait. Par ce que je connais la réponse et je connais les dégâts que ça fait. »)

3.6.6. Avoir une représentation d'un jugement de valeur du MT

Le patient peut avoir des représentations du jugement des médecins ce qui l'incite à modifier l'information. Il y a également la peur d'être stigmatisé, de l'image que le patient pourrait renvoyer.

(B : « Il y a un peu le regard du médecin. On se sent un peu jugé »)

(C : « Ne pas vouloir être catégoriser dans un moule de personne »)

(H : « J'ai des représentations fausses du jugement que peut avoir les médecins et que du coup qui peut m'amener à des moments à mentir ou à dissimuler des informations »)

3.6.7. MT se plaçant comme « sachant »

Le décalage entre le médecin se positionnant comme détenteur ultime de la connaissance et de l'information peut induire dans certaines situations une MI.

(J : « C'est quand on a affaire à quelqu'un qui a l'impression de savoir mieux comment on se sent dans notre corps, qu'on est obligé de mentir »)

Le participant I va plus loin en se positionnant sur la différence de connaissances culturelles propres à chacun pouvant créer de la MI par le patient.

(I : « Le médecin par rapport à son patient est vécu comme quelqu'un sachant, c'est celui qui tient la solution qui tient la vérité entre guillemets. Et ce type de relation qui va créer ou non un mensonge, une rétention d'information, etcetera... C'est forcément lié au niveau du culturel. »)

L'instauration d'un décalage de position trop grand dans la relation MP induit une MI.

(C : « peut-être que si ça c'était un peu plus discuté et que finalement on réussissait à mettre plus une égalité dans le rapport. Peut-être que les gens seraient moins dans l'appréhension de tout dire. " »)

3.6.8. Ne pas vouloir que ça soit écrit dans le dossier médical

La peur de voir les informations consignées par écrit dans un logiciel médical peut créer une certaine réticence des patients à divulguer des informations.

(B : « Je ne voulais que ça apparaisse » ; « Je ne voulais pas que ce soit écrit »)

3.6.9. Ne pas créer d'inquiétude pour le médecin, amener une réponse qu'il veut entendre

Certains participants (F et J) utilise la MI pour rassurer leur médecin sur leur état de santé. Pour ne pas inquiéter leur médecin, F pense donner une réponse que le médecin veut entendre.

(F : « De donner une réponse que le médecin attend. »)

(J : « Lui dire je me sens bien comme ça lui il se sent bien aussi, qu'il ne s'inquiète pas trop non plus »)

Dans certaines situations (comme celle de D) on peut voir la volonté de ne pas vouloir froisser, vexer son médecin ou de montrer que le patient a un manque de confiance en ses décisions.

(D : « Parce que c'était un manque de confiance en fait je veux pas lui dire : « je vous ai pas cru, je vous ai pas fait confiance » ; « Donc oui c'était pour pas lui faire de la peine »)

3.7 Un déroulé de consultation propice à la modification d'information

3.7.1 Le temps de consultation

Il peut exister une difficulté lorsque le patient n'a pas la sensation d'avoir le temps d'exprimer une information en détail et dans son contexte.

(C : « Il peut avoir aussi des choses qu'on n'a pas envie d'évoquer car ça va prendre du temps. »)

D'autre part, le temps de consultation semble être également un outil pour le patient dans la modification d'informations.

(C : « Les patients ils savent qu'il y a un temps impartis ils savent qu'ils ne peuvent pas tout évoquer. Et peut-être qu'ils en profitent aussi. »)

3.7.2 La fréquence et le nombre de consultation

Pour certains patients, on retrouve la nécessité d'effectuer de nombreuses consultations pour pouvoir réussir à aborder un thème et révéler une information.

(G : « Et là, j'ai mis du temps à pouvoir dire bon je ne dors pas, j'ai des palpitations, je suis angoissée, je ne suis pas bien. Ça m'a pris du temps d'arriver à le dire. »)

Mais *a contrario*, une discordance dans le discours est à noter avec B pour qui plus les consultations sont nombreuses, plus les situations où le patient risque de mentir existent.

(B : « Plus ils vont chez le médecin, plus il y a de chance qu'ils mentent. »)

3.7.3 Attendre une question de la part du médecin

Certains patients attendent une question précise pour révéler une information.

(A : « Disons que non parce qu'il m'en a pas posé des questions pour les choses donc je lui en parle pas. »)

A certains moments les questions du médecin permettent d'amener une information que le patient aurait pu oublier de révéler.

(A : « Moi-même je l'avais pas [l'information], alors que c'était important en plus pour tout. Je l'avais pas... je l'avais oublié, ça m'est arrivé ça. »)

Ainsi certains patients attendent de l'aide de la part du MT pour expliciter l'information.

(H : « Peut-être de temps en temps on me tende plus de perches enfaite. »)

3.7.4 Pour faciliter la consultation

Il existe des informations qui, pour E, C et B, ne correspondent pas à l'objet de la consultation et ne voulant pas faire perdre de temps au médecin, ne les révèlent pas.

(E : « Je ne vais pas lui faire perdre son temps à lui dire des choses qui ne me semble pas... Hors sujet quoi on va dire. »)

(A : « C'est pour pas perdre de temps voilà »)

(C : « Il peut avoir aussi des choses qu'on n'a pas envie d'évoquer [...] c'est pas forcément l'objet de la consultation. »)

C'est également la volonté pour le patient de ne pas vouloir surcharger la consultation et ainsi faciliter la consultation.

(B : « Ça complique les choses. »)

3.7.5 Existence de moments privilégiés pour la transmission d'information

Il existe des moments plus propices à la révélation d'informations. Ce sont des moments où le patient se sent plus détendu, plus à l'aise pour donner une information que lui demanderait le médecin. Dans cet extrait H nous parle du moment de la prise de tension.

(H : « j'ai remarqué [...] quand il y a un examen le moment par exemple où on va prendre la tension ou quoi que ce soit c'est souvent l'occasion [...] on est un peu plus proche, le moment de poser une petite question et en tout cas pour moi c'est le moment où je me détends et éventuellement je vais donner une information vraie, ou je vais donner un détail supplémentaire que j'osais pas donner jusqu'à présent quelque chose comme ça. »)

3.7.6 Mobilier des cabinet médicaux

Le bureau du médecin peut induire une représentation d'asymétrie dans la relation MP qui peut diminuer le dialogue et induire une MI.

(J : « Il y a le côté formel, du médecin derrière le bureau qui représente un peu le patron et celui qui est de l'autre côté l'élève ou l'employé qui est sermonné par son patron ou le maître d'école. Ça peut induire ces représentation-là, ça peut aider à instaurer un vrai dialogue de supprimer le bureau. »)

L'attrait des cabinets médicaux a également une part dans le bien-être du patient et donc dans sa divulgation d'informations.

(J : « Des lieux qui fassent moins chambre d'hôpital, car maintenant les cabinets sont vraiment formatés, c'est des cubes les uns à côté des autres. Ça accentue le côté consommation du patient. Ça fait style ANPE, c'est pas très gai et ça encourage pas la confiance et le dialogue. »)

3.7.7 La présence d'une tierce personne

La présence d'une tierce personne a pour conséquence de diminuer la révélation d'informations.

(B : « J'étais avec un de mes deux parents, et comme je ne voulais pas qu'ils sachent que je fume, je lui ai dit non. »)

3.7.8 Pour appuyer un fait

La MI peut également servir à mettre en exergue un fait, des symptômes, le ressenti du patient.

(A : « Qu'elle se rende compte que ça n'allait pas, pas du tout » ; « C'est pas vraiment un mensonge c'est voilà. C'est pour appuyer. »)

3.7.9 Dématérialisation de la consultation

Pour J et C, les exemples de la téléconsultation ou de questionnaire papiers sont pourvoyeurs de MI.

(J : « Par internet et téléphonique ça doit encore plus favoriser la modification d'information » ; « Et on ment plus facilement à quelqu'un au téléphone qu'en face à face c'est évident. »)

(C : « Je pense que c'est plus dans ce type de consultation [avec questionnaire papier] j'ai pu ne pas dire toute la vérité, ou ne pas dévoiler toute la vérité. »)

3.8 Modifier l'information : Les émotions

3.8.1. Être heureux

Une partie des émotions traversée par le patient quand il modifie l'information est positive, favorable. La MI devient bénéfique pour le patient quand il la concrétise, qu'il arrive à ses fins.

(H : « Quand j'obtiens du coup ce que je veux, du coup je suis contente. »)

Mais cela dépend du fait de ne pas avoir de conséquences négatives sur lui.

(H : « Je pense que parfois c'est positif pour le patient dans le sens où il obtient ce qu'il veut et que ça n'a pas de conséquence sur lui. »)

Il y a même un oubli de la MI qui accentue la part bénéfique de la MI.

(J : « On oublie, on est content sur le moment et on ne culpabilise pas. »)

3.8.2. Sentiment de culpabilité

Il existe également des ressentis négatifs avec une culpabilité.

(E : « Il est tellement rentré dans mon jeu que j'en avais mauvaise conscience »)

(G : « Sincèrement, je culpabilise sincèrement. »)

Cette culpabilité peut se traduire par des obligations de révéler la vérité.

(D : « Je serais obligée de lui dire de toute façon c'est certain que je peux pas lui cacher puisqu'elle continue de me les marquer »)

Elle peut également se retrouver dans une remise en question de la part du patient.

(J : « C'est peut-être de ma faute aussi par moment »)

La MI peut avoir une répercussion négative sur le patient avec une perception de malaise.

(H : « J'ai un peu honte de pas avoir été sincère »)

3.8.3. Sentiment de tromper le médecin

La modification d'informations a pour conséquence bien souvent de berner le médecin. Le médecin devient la victime de la MI.

(D : « Tu as feinté le docteur, le pauvre » ; « Il y a un certain moment où si vous jouez bien la comédie et bien le pauvre il se laisse avoir »)

Le médecin quand il se rend compte de la supercherie peut se sentir dupé.

(E : « Quand il a su que je lui avais menti il était pas content. Donc il était fâché contre moi. Il m'a dit : « Vous m'avez roulé dans la farine » »)

Pour J, le médecin peut prendre cela comme une trahison.

(J : « S'il s'en aperçoit je pense qu'il doit avoir un sentiment de trahison quand même. »)

3.8.4. Dilemme et ambivalence

Le patient est confronté à un dilemme lorsqu'il doit donner une information. Il doit peser le pour et le contre et faire le choix de la modification.

(C : « C'est toujours un peu le jeu de la balance. »)

Le dilemme devient paradoxal pour le patient quand il s'agit de rester en bonne santé. La MI n'apportant pas un bénéfice pour sa prise en charge.

(C : « Tu vas consulter un médecin c'est une personne qui est là pour t'amener une expertise de santé du coup lui mentir se serait aller à l'inverse du motif de ta consultation »)

Le patient veut être en bonne santé en permettant au médecin de l'aider en divulguant toutes les informations. Mais il y a certaines situations qui créent une contradiction dans le choix de donner qu'une partie des informations.

Le patient a besoin d'être au clair avec lui-même avant de pouvoir dévoiler au médecin toute l'information.

(C : « Gestion de questions qui touchent à la sphère vraiment privée qui sont bien sûr liées à la santé mais qu'est-ce que tu choisis de dire à la personne en fonction du type de consommation que t'as et du jugement que tu peux avoir là-dessus toi, ton jugement personnel »

D'un autre côté, il peut y avoir également une ambivalence entre la honte vis-à-vis de l'information à donner mais pas pour le fait d'utiliser la MI et ainsi cacher cette information.

(J : « Se dire justement on a honte par rapport à ce qu'on faisait, mais de mentir on n'avait pas honte. »

3.8.5. Le langage non verbal

Certains traits et mimiques du visage peuvent trahir l'utilisation de la modification d'information.

(H : « Je pense que je dois rougir, je dois être confuse. »)

Ce type de langage non verbal serait visible et permettrait de mettre le MT sur la piste d'une modification d'informations de la part du patient.

(H : « Je pense qu'il y a même pour un médecin qui serait un peu subtil, je pense qu'il serait à même de déceler le fait que je suis pas totalement sincère. »)

(G : « Si vous n'exprimez pas les choses, ils le sentent »)

Il permet aux MT de mieux aborder une communication avec son patient.

(J : « Le visage, la gestuelle du corps, bref y a plein de chose qui font qu'en présentiel le médecin est plus apte à comprendre son patient que derrière un écran. »)

3.9. La société : un contexte de modification d'information ?

3.9.1. Enjeux éducationnel

L'éducation joue un rôle dans la rétention d'information.

Dans l'entretien, G nous explique qu'étant enfant et faisant partie d'une famille nombreuse, elle ne pouvait pas parler de ses problèmes de santé. Ainsi, les habitudes créées dans l'enfance perdurent à l'âge adulte.

(G : « Non mais il y a une part d'éducation qui est derrière. [...] bon voilà je viens d'une famille... Bon on se plaignait pas trop, vous voyez ce que je veux dire. Hein, voilà. [...] nous étions beaucoup d'enfant, famille d'origine ouvrière et donc voilà, on ne s'écoutait pas si vous voulez. »)

3.9.2. Contexte sociétal

Pour G, la modification d'informations est le résultat de la complexité de l'esprit humain.

(G : « S'il y en a c'est que nous sommes des êtres humains complexes, tout n'est pas carré, cartésiens »)

La MI et le mensonge font partie prenante de la société étant utilisés dans la vie de tous les jours et avec tout le monde.

(G : « Autant avec mes élèves que dans la vie de tous les jours je mens tout le temps »)

Ainsi, pour H il n'y a pas de quoi être surpris de le retrouver dans la relation M-P. Elle en fait partie intégrante.

(H : « Le mensonge ça existe de toute façon donc pourquoi dans ce cas de figure là il n'y aurait pas de mensonges ? »)

(D : « Que ça fait partie de la relation patient-médecin »)

Dans le contexte du mensonge, la valeur morale revient souvent parmi les participants.

(G : « Pour moi mensonge c'est quand même le cap ultime quoi, c'est le plus grave je trouve, non ? Enfin, je le ressens comme ça. C'est peut-être une valeur morale que j'émet là »)

Pour le mensonge il est toujours présenté de manière péjorative se référant aux mœurs et à la religion.

(F : « Mentir c'est comme on dit, c'est pêcher » ; « Toute vérité n'est pas bonne à dire. »)

3.9.3. Ne pas se sentir seul à MI

Certains participants ne se sentent pas seuls à modifier l'information.

(E : « Je pense qu'on est nombreux à devoir faire ça. »)

*(H : « Je pense vraiment que c'est quelque chose qui est vraiment très coutumier » ;
« Je pense que la plupart des gens font ce que je fais »)*

Il y a un effet de surprise lorsqu'il est révélé la proportion des patients mentant à leur médecin, un étonnement qui s'avère rassurant.

(D : « Oula, Il n'y a pas que moi. C'est quelque part plus rassurant »)

3.10. La modification d'information au travers de la santé du patient

3.10.1. La perception d'améliorer sa santé

Dans certains cas, pour J, la modification d'informations permet d'améliorer la perception d'être en bonne santé.

(J : « Si on leur avait donné la bonne information ça aurait été pire enfaite la modification d'information ça nous apportait du bien. »)

3.10.2. Ne pas vouloir se confronter à la maladie

La MI peut être le résultat d'un refus de confrontation du patient à ses problèmes de santé.

(J : « Il y a beaucoup de personnes qui sont dans le déni de certains problèmes, ils refusent d'accepter des problèmes tous bêtes »)

(G : « Essayer d'effacer la part de responsabilité que l'on a soi-même vis-à-vis de sa santé » ; « Il y a beaucoup de personnes qui sont dans le déni de certains problèmes, ils refusent d'accepter des problèmes tout bêtes : « C'est pas ça, c'est pas ça ». Je ne vois que ça. »)

(Enquêteur : « pourquoi vous continuez à minimiser les symptômes ? F : C'est un refus de la maladie »)

Pour G, minimiser sa consommation de cigarette lui donne la sensation de n'avoir rien à se reprocher vis-à-vis du médecin. Ainsi, en ne révélant pas la vraie information à son médecin, cela permet de ne pas faire face à sa vraie consommation tabagique.

(G : « Je le vois en disant : « oui, mais pas plus de 10 par jours » ça me donne bonne conscience en réalité c'est faux »)

Dans certains cas, la maladie et la souffrance qui en découle sont si fortes que le patient ne peut s'y confronter en expliquant la situation au médecin.

(J : « C'était moi qui étais trop en souffrance pour être honnête »)

Le participant J modifie l'information pour paraître en bonne santé.

(J : « La culpabilité je pense, je pense qu'on culpabilise pas mal car on a envie d'aller bien »)

3.10.3. Se rassurer

Le patient peut avoir peur de révéler une information car il a le sentiment de ne pas être dans la norme. Ainsi il modifie l'information pour être dans la norme qu'il juge être la bonne.

(J : « Mais j'ai comme l'impression si j'exprime clairement le fait que je suis une grosse fumeuse j'avoue euh c'est comme si... Ce sentiment d'être de plus en plus [...] dans un monde où on peut plus trop se permettre [...] de ne pas être dans la norme. »)

3.11. La modification d'information : le patient avant le reste

3.11.1. Par intérêt

Quand le patient n'obtient pas ce qu'il recherche de la part du médecin il use de la MI.

(J : « C'est quand nous on n'a pas ce qu'on veut. »)

Par moment, le patient veut uniquement un service de la part du médecin sans s'étendre sur toutes les informations et ses raisons. La MI facilite alors l'obtention de l'arrêt de travail ici.

(H : « J'avais pas forcément envie de rentrer dans les détails et parfois il fallait juste voilà « tac » l'arrêt de travail de deux jours qui va bien juste parce que je pétais les plombs enfaite. »)

3.11.2. Avoir besoin de contrôler son image

La modification d'informations peut servir à contrôler l'image que renvoie le patient à son interlocuteur. Ici, par exemple, pour ne pas être vu comme un usager de drogue.

(B : « Je voulais pas quelle pense que ce soit toxique pour moi, qu'elle me dise d'aller voir un addicto »)

La MI et le mensonge renvoie également à la confrontation du patient par rapport à sa propre image et potentiellement celle qu'il renverra au médecin.

(B : « Se rassurer soi-même par rapport à l'image qu'on pense de soi » ; « Ne pas être capable d'affronter ce que l'on est, ce qu'on fait. »)

(C : « Parce qu'être honnête ça confronte le patient avec ce qu'il est »)

Le patient (comme J) peut modifier l'information pour renvoyer l'image d'une personne en bonne santé. Il enjolive la situation au regard du médecin.

(J : « Ouais se mentir à soi-même se dire que ça va bien alors qu'en fait... Je sais pas pourquoi. Parce qu'on a envie d'aller bien. On a tellement envie d'aller bien qu'on fait un peu « la méthode Coué ».)

Donc le mensonge, dans ce contexte, permet de modifier la réalité dans le but de modifier la perception et le jugement du médecin.

(C : « Peut-être modifier une réalité selon laquelle je vais pouvoir exposer un problème à la personne qui est en face de moi pour que celle-ci puisse avoir un jugement qui soit moins négatif en termes de santé »)

Ainsi le patient ment pour contrôler la représentation qu'il renvoie à autrui.

(C : « Je pourrais mentir pour que la représentation de ma personne aux yeux de l'autre personne elle tende vers moi ce que je veux que ça soit. » ; « les gens qui mentent c'est parce qu'ils aiment pas se voir dans un miroir. Ils n'aiment pas que les gens les voient comme ils sont. »)

3.11.3. Vouloir protéger sa vie privée

L'utilisation de la MI permet au patient de ne pas exposer des informations personnelles, le patient se protège de la révélation d'informations qu'il ne veut pas divulguer.

(C : « C'est pour me protéger de chose que j'ai pas envie de révéler. »)

Sur un autre principe, le patient respecte sa pudeur.

(H : « Les avantages c'est parfois de respecter sa propre pudeur c'est-à-dire de pas être obligé de rentrer dans des détails un peu personnels pour expliquer »)

3.11.4. S'approprier l'information

L'information donnée par le patient lui appartient. La modification d'information est une appropriation de l'information.

(F : « Le mensonge c'est pas parce qu'on veut mentir c'est qu'il est à nous. »)

C'est lui qui décide de sa divulgation selon les besoins qu'il pressent.

(B : « J'en ressentais pas non plus le besoin de lui dire »)

Le patient a besoin d'adhérer au fait de révéler l'information.

(C : « Gestion de question qui touchent à la sphère vraiment privée qui sont bien sûr liée à la santé mais qu'est-ce que tu choisis de dire à la personne en fonction de type de consommation que t'as et du jugement que tu peux avoir là-dessus toi, ton jugement personnel »)

Le patient critique les informations qu'il détient. Ainsi le patient peut décider de ne pas révéler les informations qui lui semblent non pertinentes dans la consultation.

(E : « Je ne parle pas de choses qui ne me semble pas pertinent. » ; « Quand je vais le voir, je le vois pour une raison précise, donc je vais pas lui parler de choses qui voilà... »)

(G : « Je pense que je considère que ça ne le concerne pas peut-être »)

Il sélectionne et décide des informations à révéler.

(G : « C'est à moi de décider de ce que je peux éventuellement dire à mon médecin généraliste ou pas. »)

(H : « Lui c'était typiquement le genre de médecins en qui j'avais confiance mais avec qui j'avais pas forcément envie de raconter ma vie »)

3.11.5. Ne pas vouloir se remémorer un souvenir désagréable, douloureux

Les souvenirs et images douloureuse du passé peuvent impacter le patient, ainsi la MI permet d'éviter les répercussions de l'effort désagréable de se remémorer.

(F : « Donc tout ça et ben tu le dis une fois et après tu le dis plus parce que tout ça te remonte en pleine figure donc ça fait des traumatismes »)

3.11.6. Avoir des secrets

La notion de secret est attenante à la MI comme nous le rappelle le participant F.

(F : « On veut garder notre secret. »)

Ces secrets sont gardés par le patient et ne seront probablement jamais révélés.

(E : « Il y a une situation dont je ne parlerai pas parce que si je n'en ai pas parlé au médecin c'est que... Fin voilà, même à lui je n'en lui ai pas parlé c'est que... Enfin voilà. Je n'en parle pas on va dire. »)

Le médecin peut être au courant des zones de vie que le patient ne veut pas révéler.

(D : « Ouai voilà j'avais pas trop envie de lui parler de ça, mais il le savait »)

Ces secrets revêtent une forme de barrière infranchissable par le médecin qui souligne l'autonomie du patient dans la possession de son information.

(G : « C'est très privé et que c'est peut-être hors de propos. »)

Ainsi, le patient ne veut pas que l'on cherche la vérité, il la cache en utilisant la MI.

(F : « Parce qu'ils n'ont pas envie qu'on cherche plus la vérité. »)

3.11.7. Responsabilité du patient sur l'information qu'il donne

Pour le patient, il y a une part de responsabilité qui lui incombe donner la bonne information.

(C : « Je pense que c'est de la responsabilité du patient, de remplir avec honnêteté le formulaire, le médecin il doit se dire aussi »)

4. DISCUSSION

4.1. Perceptions de la modification d'information et du mensonge par le patient

Dans notre étude, pour les participants la modification d'information s'apparente à des oublis, des omissions volontaires, des secrets et englobe le mensonge. Ils définissent ce dernier comme étant un manque d'honnêteté, de sincérité et serait volontaire parfois, ou encore spontané. De plus, il serait non obligatoire, contenant un aspect péjoratif notamment sur le plan moral et ne concernerait pas toutes les informations.

La définition du mensonge d'après le dictionnaire Larousse en ligne, est « *l'action de mentir, de déguiser, d'altérer la vérité* » ; « *une assertion contraire à la vérité* » [16].

Dans la littérature scientifique, le premier élément pour qualifier un mensonge est son caractère intentionnel. Selon Ekman (2010), le mensonge est « *la décision délibérée de tromper une cible sans mise en garde préalable de cette intention* » [17].

En effet, une déformation d'information en elle-même peut ne pas constituer un mensonge. Il existe plusieurs causes possibles d'altération de la vérité sans y trouver un caractère volontaire : la qualité de la mémoire de récupération ou de stockage d'une information, l'aptitude à appréhender l'information, la manière dont l'individu est interrogé, les capacités langagières propres à la personne. Ainsi, le menteur doit avoir conscience qu'il trompe sa cible [18]. Pour autant certaines situations n'impliquent pas à proprement parler le mensonge mais la modification en règle générale. Comme par exemple la fabulation qui est la production automatique de mensonge pour dissimuler des trous de mémoires. Ces motivations inconscientes et incontrôlables font également partie de la production d'informations erronées.

De même, la transmission de fausses informations, lorsqu'un individu les croit vraies par des mécanismes de défense inconscients, échappe à la définition du mensonge. Toutes les disciplines qui définissent le mensonge s'accordent pour définir le mensonge comme intrinsèque à l'Homme dans ses relations avec autrui.

Une brève revue historique du mensonge permet de voir que les penseurs ont longtemps débattu sur cette notion dans la société.

Tout d'abord d'un point de vue théologique, d'après Salamito, le philosophe et théologien romain Saint Augustin (354-430 ap. J.-C.) définit le mensonge comme illégal et immoral [19]. Il empêcherait les croyants d'accéder à la parole de Dieu, il l'en éloignerait.

Sur le plan philosophique, E. Kant (1724-1804) a soutenu qu'étant incertain des conséquences de nos actions, mentir, même dans des circonstances justifiables, serait synonyme de perte de dignité humaine. « *Le mensonge [...] par sa seule forme est une offense faite par l'homme à sa propre personne et une indignité qui doit le rendre méprisable à ses propres yeux* » [20].

Cependant, de nombreux philosophes ont adopté une position moins rigoriste. Le mensonge peut être considéré comme une partie normale du développement humain et peut même être adaptatif dans certaines situations. Par exemple les utilitaristes ont considéré le mensonge comme plus ou moins justifiable selon ses conséquences.

Ainsi le philosophe J.-P. Sartre (1905-1980) a soutenu qu'il n'y a pas de loi universelle pour guider le choix de mentir [21]. Il va plus loin en distinguant la mauvaise foi du mensonge. Le menteur sait qu'il ment alors que dans la mauvaise foi « *c'est à moi-même que je masque la vérité* ».

La psychologie voit le mensonge comme un comportement social normal et nécessaire (St Yves et Navarro 2015) [22]. C'est un régulateur des interactions sociales pour permettre une vie en société. Denault (2015) « *Les mensonges sont une réalité sociale de tous les jours, et la plupart sont anodins, ceux impliquant une violation sérieuse de la confiance et dont la détection importe davantage sont plus rares* » [23].

Pour S.Fainzang, directrice de recherche à l'INSERM qui a réalisée une recherche anthropologique sur l'information dans la relation médecin-patient lors de consultations d'oncologie, le mensonge du patient c'est « *lorsque le patient laisse entendre au médecin le contraire de ce qu'il considère être la vérité ou la réalité* ». Elle pointe le fait que la frontière reste mince entre dissimulation (cacher l'existence de symptômes) et mensonge dans les attitudes des patients [24].

4.2. Déroulé de la consultation

Il n'a été retrouvé que peu de références dans la littérature concernant la modification d'informations et son lien avec le déroulé de la consultation.

Aucune étude sur la divulgation d'informations par le patient n'a été retrouvée lors d'une téléconsultation. On peut cependant supposer que la téléconsultation serait plus facilement responsable d'une MI.

Dans notre étude, un patient parlait de la place du bureau et du biais possible qu'il pouvait engendrer sur la révélation d'informations par le patient en amenant une position de déséquilibre entre le médecin « sachant » et le patient.

A contrario de ce résultat, une thèse toulousaine du Dr Champeau et Dr Lallemand concernant le bureau du médecin montrait qu'il était un outil de contrôle et de dissimulation du langage corporel et ainsi d'information par le patient. [25] L'auteur landolo va plus loin évoquant qu'en l'absence du bureau, il était possible d'avoir une trahison de l'état d'âme des patients si l'ensemble de leur corps était visible par le médecin. [26]

Le bureau était ainsi utilisé par certains patients comme un objet de dissimulation d'informations, au travers du langage non verbal. Cette notion est abordée par S. Fainzang. [27] qui mène une approche anthropologique de la relation médecin-patient lors de l'annonce et du suivi des diagnostics de cancer.

Concernant l'hypothèse selon laquelle l'inscription d'informations dans le dossier médical serait vectrice de rétention d'informations, a été confirmée par un article basé sur les données de la Health Information National Trends Survey où 12.3% des patients n'avaient pas révélé d'information par peur qu'elle soit consignée dans le dossier médical [28]. Pour aller plus loin, un sondage commandé par France Assos Santé en octobre 2018 concernant l'utilisation et l'information sur le Dossier Médical Partagé montrait que 53% des interrogés ont un sentiment d'insécurité lié à la centralisation des données et sur le respect de la confidentialité des données personnelles [29].

4.3. Quelles informations modifier ?

Les thèmes touchés par la MI ne reflétaient pas totalement ceux explorés par le questionnaire de l'étude du JAMA de 2018 [4]. Lors de leur recherche, la grille de questions concernait spécifiquement 7 types d'informations non divulguées constituant les critères de jugements principaux :

- La non-compréhension des instructions du médecin
- Le désaccord avec les recommandations du médecin
- Le fait de ne pas faire d'exercice physique
- Le fait d'avoir un mauvais régime alimentaire
- La prise d'autres médicaments
- La non-prise de médicaments prescrits par le médecin
- Et la prise de médicaments émanant d'un autre médecin

Notre étude a permis de retrouver d'autres informations non divulguées comme l'usage de drogues, certains antécédents personnels, des problèmes psychologiques, des symptômes cliniques, des zones anatomiques considérées comme honteuses et la non-confiance portée à son médecin.

Mais nous n'avons pas retrouvé de MI sur les thèmes de la non-compréhension des instructions du MT, de la pratique d'exercice physique, de la prise d'autres médicaments et celle de médicaments émanant d'un autre médecin, qui étaient explorés dans l'étude du JAMA 2018.

Notons qu'une autre étude publiée dans le JAMA en 2019 traitait spécifiquement de la non-révélation d'informations sensibles telles que les idées suicidaires, la dépression, les abus sexuels et les agressions physiques avec un taux de non-révélation de 60 %.

4.4. Comment modifier l'information ?

Dans les entretiens, certains participants évoquent des réactions qui trahiraient les moments où ils modifieraient l'information notamment par le langage non verbal. Selon Zuckerman et al (1981) la production du mensonge serait à mettre en relation avec quatre facteurs psychologiques [30] :

- Des facteurs émotionnels (peur, culpabilité, plaisir,...)

- Des facteurs physiologiques (système orthosympathique : augmentation du rythme cardiaque, transpiration excessive, tremblements extrémités,...)
- Des facteurs de contrôle comportemental (fuite du regard, multiplicité de gestes, clignement des yeux,...)
- Et des facteurs de charges cognitives (travail de remémoration, création d'idées,...)

Ces quatre facteurs seraient responsables de réactions et de comportements verbaux/non verbaux [18].

Ainsi, ces signaux non verbaux seraient un matériel clinique à observer par le médecin, et comme le note Halpern, *a fortiori* lorsque les propos du patient sont discordants avec son attitude non verbale [31].

Concernant le mode de réalisation de la modification d'informations, nous retrouvons dans les entretiens des techniques d'omission-dissimulation, amplification-minimisation et d'invention. On ne peut pas quantifier la proportion de chacune des techniques *via* notre étude qualitative.

Pour autant, il est intéressant de savoir que les référentiels de psychologie précisent qu'il y a davantage de dissimulation que d'altération de l'information (Ekman,2009) [32]. En effet, la dissimulation serait plus facile à réaliser cognitivement et elle serait socialement moins condamnable puisque moins considérée comme un mensonge. [18]

A contrario, les recherches de S. Fainzang relatent que le mécanisme le plus fréquent de modification de l'information est la minoration de l'information avant la dissimulation.

Les émotions retrouvées dans notre étude sont la peur, la honte, la culpabilité et le plaisir de modifier l'information. Trois d'entre elles hormis la culpabilité correspondent à l'approche psychologique du mensonge au travers des travaux de Vrij et al. en 2007 [33].

4.5. Pourquoi modifier l'information ?

L'étude du JAMA retrouve beaucoup de raisons à la non-divulgence des 7 informations :

Les 5 raisons les plus souvent explicitées sont :

- Ne pas vouloir être jugé sur leur comportement (81,8%-64,1%)
- Ne pas entendre que leur comportement est nocif (75,7%-61,1%)
- La gêne (60,9%-49,9%)
- Ne pas vouloir que le MT pense qu'ils sont des patients difficiles (50,8%-38,1%)
- Ne pas vouloir prendre plus de temps au MT (45,2%-35,9%)

Puis ensuite viennent :

- Ne pas penser que l'information est importante (38,6%-32,9%)
- Ne pas vouloir que le MT pense qu'ils sont « sots » (37,6%-30,6%)
- Ne pas vouloir que l'information soit inscrite dans le dossier médical (34,5%-30,6%)
- Ne pas avoir de recommandation de leur MT (32,7%-35,2%)
- Penser que le MT ne pouvait pas aider (27,7%-28,9%)
- Vouloir que le MT les apprécie (20,6%-16%)
- Avoir déjà eu une mauvaise expérience lorsqu'il avait informé le MT de son incompréhension des recommandations (15,6%-17,3%)
- Ne pas vouloir que le MT dise l'information à un tiers familial (12,7%-13,3%)

En comparaison avec nos résultats, les raisons de l'utilisation de modification d'informations par les participants en médecine générale nous retrouvons : la peur du jugement, la gêne qui peut être associée à la honte, l'évitement de discours moralisateurs, l'erreur de jugement quant à l'importance d'une information, ne pas vouloir que l'information soit inscrite dans le dossier médical, la peur de la prise en charge du médecin ou la volonté de ne pas faire perdre du temps au MG. Nous n'avons pas observé le fait de ne pas vouloir que le MG pense qu'ils soient des patients difficiles, de ne pas vouloir que le MG pense qu'ils soient « sots », d'avoir déjà eu une mauvaise expérience lorsque le patient avait dit ne pas avoir compris les instructions du MG, que le MG révèle l'information à un tiers familial, de penser que le MG n'aurait pas pu les aider ou encore de vouloir que le MG les apprécie.

Puis, en comparaison de notre étude avec celle publiée dans le JAMA en 2019 [5] traitant spécifiquement de la non-révélation d'informations sensibles, les raisons

évoquées et recoupées étaient :

- Ne pas vouloir être jugé
- Ne pas vouloir s'engager dans un suivi important
- Être embarrassé par l'information à donner
- Et ne pas vouloir l'information inscrite dans le dossier médical

L'ensemble de ses raisons ont été retrouvées dans nos résultats.

Pour revenir à la littérature scientifique psychologique en comparaison de nos résultats, P. Ekman (2010) [17] recense 9 motivations à mentir :

- Échapper à une sanction ; cette notion n'est pas retrouvée dans notre étude
- Obtenir une récompense qui ne peut être obtenue autrement ; ce qu'on met en relation dans nos entretiens avec l'obtention d'un traitement ou d'un arrêt de travail-
- Se prémunir d'une atteinte physique ; non retrouvé dans notre recherche
- S'attirer la reconnaissance d'autrui ; cette notion n'est pas retrouvée
- Échapper à une situation sociale embarrassante ; cette notion n'est pas retrouvée-
- Éviter un désagrément ; fait retrouvé lorsque un patient utilise la MI pour éviter une prescription du médecin
- Préserver une certaine intimité, retrouvé à de nombreuses reprises lors des entretiens
- Exercer un pouvoir sur autrui, une notion que nous développerons par la suite
- Protéger autrui ; ici nous noterons le fait de ne pas vouloir inquiéter le médecin.

Les participants de notre recherche relatent le fait de ne pas dévoiler toute la vérité pour se rassurer sur leur santé et ne pas se confronter à la maladie.

S. Fainzang fait état du caractère performatif de l'énoncé des symptômes de certains malades en service d'oncologie médicale. Pour cette anthropologue si « *dire les symptômes c'est les faire exister inversement il faut les taire pour ne pas faire advenir le diagnostic* » [27].

Elle fait état que les patients tiennent à garder le silence, voire le secret sur certains de leurs symptômes en vue d'atténuer le diagnostic que le médecin peut déduire s'il en est informé.

En effet, admettre leurs douleurs ou leurs symptômes, c'est faire exister la maladie et donner une réalité aux symptômes. Avec ses signes cliniques, le patient pense peut-être que le traitement est un échec, c'est ce dernier que le mensonge vise à enrayé.

On remarque également une volonté pour certain participant de donner une image de personne en bonne santé.

Nous faisons état de cette notion dans la lecture de E. Goffman [34] qui décrit un processus de stigmatisation lorsque la maladie est visible par les symptômes ou les handicaps causés. Dans son ouvrage, il montre que les individus discréditables peuvent user de techniques de faux-semblant pour dissimuler leurs stigmates : « *On parlera de contrôle de l'information sociale, qui se transmet à travers des symboles* ». De fait, pour ne pas être en situation de discrédit, les patients peuvent chercher à dissimuler la maladie en contrôlant l'information délivrée.

Cette représentation que veut et/ou peut donner un patient, Palmieri [35] l'évoque au travers de l'emprunt à la notion freudienne d'idéal du Moi, soit l'aspiration à la perfection de chaque individu, c'est à dire ce que les personnes veulent être sans le pouvoir. Cela peut amener à la création de récit fictif permettant de se protéger de réalisation douloureuse, ce sont les mythes personnels que discute Kris dans son ouvrage [36].

S. Faizang montre comment les médecins et les patients tentent de s'accorder à travers des dissimulations de chacun face à l'incertitude du diagnostic et du pronostic. Cet effort a pour but de neutraliser voire de banaliser le rapport à la maladie : tous deux souhaitent ne pas donner à l'autre de signaux d'inquiétude, de stress ou d'anxiété, en tentant de garder le contrôle de leurs émotions et de ce qu'ils laissent paraître à l'autre. Lors de nos entretiens on retrouve cette notion de contrôle de l'image que renvoie les patients durant une consultation, préférant parfois enjoliver leur situation.

Dans notre étude certains participants ont déclaré avoir également modifié l'information dans le but d'avoir un contrôle indirect sur l'action du médecin sur le plan diagnostic ou thérapeutique. Cette notion est retrouvée dans les recherches anthropologiques de S. Faizang avec l'utilisation d'informations données par le malade en vue de dissuader le médecin de recourir à certains traitements.

Un participant de notre étude fait une corrélation entre la classe sociale et la modification d'informations sans pour autant nommer les différences de rapport. Selon

S. Fainzang, les personnes issues d'une classe sociale défavorisée seraient plus enclines à mentir que dans les classes sociales plus aisées. Notre étude n'a pas été organisée pour le mettre en évidence.

Elle va plus loin en remarquant que le décalage entre le statut social, voire entre le capital social ou culturel supposé du médecin et du patient dont chacun crédite l'autre, construit *a priori* les conditions de la réalisation du mensonge.

Borkan et al (1999) [37] examinent les différentes raisons pour lesquelles les patients cherchent à garder des secrets face au médecin, et mettent en lumière :

- Le sentiment que l'information n'est pas pertinente
- Le manque de confiance en son médecin
- Le sentiment de pouvoir donné par le secret
- Et Le sentiment de honte lié à ce qui est caché

Dans notre étude l'ensemble de ces notions a été retrouvées.

4.6. Le mensonge comme pouvoir d'action du patient

Nous avons vu, au travers des entretiens, que les participants s'approprient l'information à donner, elle leur appartient.

En d'autres termes, la transmission des informations détenues, puisqu'elle est soumise à la seule appréciation personnelle du patient, place d'emblée ce dernier dans une position de pouvoir.

La relation entre un médecin et un patient est, de part leurs positions et leurs savoirs, asymétrique. Comme le notent les sociologues R. et L. Pougnet dans un chapitre du journal international de bioéthique et d'éthique des sciences de 2021 [38], le mensonge est source de pouvoir pour le patient car il peut utiliser certaines informations selon son intérêt. Le patient étant le seul à savoir et connaître sa réalité c'est-à-dire ce qu'il fait, ce qu'il accepte, ce qu'il ressent, le médecin étant ignorant à ces sujets. Pour eux, que l'on soit dans un modèle paternaliste ou de codécision « *le mensonge, la discrétion, l'omission volontaire ou involontaire sont des éléments utiles au patient. Ils font partie de la relation médecin-patient.* ». Il constitue un foyer de contre-pouvoir.

4.7. Forces de l'étude

Ce travail de recherche porte sur une étude qualitative par théorisation ancrée. C'était la méthode la plus appropriée pour recueillir et retranscrire des données subjectives et récolter les ressentis, vécus et opinions des participants. C'est aussi la méthodologie de choix pour modéliser des données subjectives.

Notre objectif était de recueillir la perception et le vécu des patients sur un sujet sensible. L'auteur a privilégié des entretiens semi-dirigés individuels, plutôt qu'en *focus group*, afin de laisser s'exprimer le plus librement possible les ressentis sans avoir d'influence ou de perception de jugement d'autres intervenants.

Cette recherche originale est l'une des premières à s'intéresser à la perception et au vécu de l'utilisation par le patient de la modification d'informations en médecine générale.

La subjectivité de la recherche a été limitée à plusieurs étapes de l'analyse afin de limiter les biais d'interprétation :

Lors du codage, par la triangulation des données de retranscription d'entretiens qui a été réalisée avec l'aide d'un sociologue (Mr A. Dolez) et de deux médecins ayant déjà réalisé au moins une recherche qualitative (Dr M. Vermersch et Dr E. Archambaud).

Puis lors de la conception du modèle qui a été réalisé avec la directrice de thèse (Dr A. Janzweski).

L'étude a été validée par le Comité d'Éthique d'Aix-Marseille Université assurant le respect des réglementations éthiques (cf. annexe).

L'auteur a utilisé la grille de critères COREQ tout au long de son travail pour obtenir une meilleure validité interne à l'étude [39].

4.8. Faiblesses de l'étude

4.8.1. Biais de sélection

La sélection des participants c'est basée sur le volontariat ce qui peut dénoter une sensibilité particulière pour le sujet.

4.8.2. Biais d'investigation

Il s'agissait du premier travail de recherche qualitative de l'auteur ce qui a pu représenter une limite. De plus, le sujet de recherche étant sensible il a pu être plus difficile pour le chercheur de faire ressortir certaines notions lors des entretiens.

4.8.3. Biais de recueil

La majorité des entretiens (8/11) a été réalisée par téléphone. Du fait de l'enregistrement audio, des éléments non verbaux ont pu ne pas être retranscrits par l'auteur et diminuer le recueil de données. De plus l'absence de contact visuel a généré une perte de données.

4.8.4. Biais intrinsèque au sujet et à la méthodologie d'étude

En lien avec le sujet de recherche, nous n'écartons pas la possibilité d'un biais de déclaration des participants lors des entretiens, modifiant la réalité de leurs comportements de façon consciente ou inconsciente.

Nous pouvons supposer, du fait du thème de recherche, qu'il y ait un biais de désirabilité sociale. Les participants ont pu avoir tendance à répondre en se conformant à la projection d'une image positive et donc atténuer leurs réponses.

4.9. Perspectives

La modélisation permet d'appréhender d'une manière simple et didactique la perception du patient sur sa modification d'informations en médecine générale.

Ce travail de recherche a pour but de sensibiliser sur ce thème et permettre l'émergence d'autres études sociologiques, psychologiques et médicales. Il serait intéressant de connaître plus précisément et quantifier les conséquences que peut engendrer la modification d'informations sur la prise en charge du patient.

Ce qu'il pourrait être intéressant ce serait d'analyser des situations/cas cliniques de MI qui auraient amené des conséquences néfastes et pérennes pour le patient et/ou le médecin et/ou la relation MP pour mieux comprendre quelles notions de la MI ont été utilisées et par quels outils nous pourrions les diminuer.

5. CONCLUSION

Nous ne pouvons pas mettre de côté, dans une relation médecin-patient si singulière, une entité à ce point fréquente : la modification d'information effectuée par le patient.

Malgré sa fréquence, cette entité reste un élément tabou entre le patient et le médecin.

Dans la représentation que s'en fait le patient, la MI est plurimodale et ne concerne pas toutes les informations. Elle reste non obligatoire et il existe des degrés d'importance en fonction de son utilisation. Le patient est conscient des conséquences possibles de son utilisation.

La MI contribue à provoquer des émotions plus ou moins positives suivant les répercussions de la MI amenant une certaine ambivalence dans la prise de décision du patient à délivrer une information. Elle fait appel au langage non verbal.

Cette production d'informations modifiées peut être spontanée ou préméditée suivant les situations de consultation.

Pour le patient elle est conditionnée par la société et la morale qui l'entoure. Il y a également sa propre représentation de sa santé, la MI étant dès lors un outil pour se rassurer ou ne pas se confronter à la maladie. De plus, elle est un gage de protection de la vie privée du patient, un moyen de contrôle de l'image qu'il donne au médecin, évite des réminiscences ou agit dans son intérêt matériel.

Ainsi d'après le patient la consultation en elle-même peut être pourvoyeuse de MI. Le temps et la fréquence de consultation, le mobilier médical, la présence d'une tierce personne, la téléconsultation, le renseignement du dossier médical par le médecin sont autant de motifs qui peuvent participer à l'émergence d'une MI. Cela pouvant être contrebalancé par l'existence de moments privilégiés et par la formulation de questions du médecin, ainsi qu'à la mise à disposition d'un cadre d'entretien clinique qui favorisent l'expression

des informations.

Par son rôle actif dans l'analyse des données et l'usage de stratégies communicationnelles le médecin est à même de récupérer des données. Mais il est possible, par la posture de « sachant » du médecin, ses éventuels discours moralisateurs ou jugements de valeurs, que ce dernier entraîne des dissimulations d'informations. *Via* la MI le patient peut contrôler l'action du médecin et ainsi se réappropriier l'information et rééquilibrer la relation MP.

La notion de confiance dans la relation médecin-patient dans la production de l'information erronée par le patient est primordiale. Pour celui-ci, elle s'articule autour d'un contrat de confiance qui est régi par l'écoute, les comportements et l'empathie du médecin.

L'appropriation de l'information par le patient et ainsi la modification d'information qui peut en découler semble être un outil de contre-pouvoir dans une relation médecin-patient asymétrique.

Ainsi, la modification d'information reste un mode de communication à part entière du patient qu'il convient de connaître et d'appréhender pour une pratique médicale holistique.

6. BIBLIOGRAPHIE

1. Fainzang S. La communication d'informations dans la relation médecins-malades. Questions de communication. 2009;n° 15(1):279-95.
2. 10 Lies You Shouldn't Tell Your Doctor [Internet]. [cité 11 oct 2021]. Disponible sur: <https://gizmodo.com/10-lies-you-shouldnt-tell-your-doctor-1786332506>
3. Faut-il toujours croire les patients ? [Internet]. [cité 21 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.franceinter.fr/emissions/grand-bien-vous-fasse/grand-bien-vous-fasse-06-janvier-2020>
4. Levy AG, Scherer AM, Zikmund-Fisher BJ, Larkin K, Barnes GD, Fagerlin A. Prevalence of and Factors Associated With Patient Nondisclosure of Medically Relevant Information to Clinicians. JAMA Network Open. 30 nov 2018;1(7):e185293.
5. Levy AG, Scherer AM, Zikmund-Fisher BJ, Larkin K, Barnes GD, Fagerlin A. Assessment of Patient Nondisclosures to Clinicians of Experiencing Imminent Threats. JAMA Network Open. 14 août 2019;2(8):e199277.
6. Bourgeaux L. Le mensonge du médecin généraliste à son patient: dans quelles situations et pourquoi? Le témoignage de 7 praticiens interrogés en Normandie en 2017. :155.
7. Cosentino, Simon. « Le mensonge: utilisation dans la pratique médicale actuelle : enquête qualitative auprès de 21 médecins ». Thèse d'exercice, Université Claude Bernard, 2016.
8. Deldon, Céline. « Un mensonge protecteur ?: place du mensonge dans la relation médecin-patient : le point de vue des médecins généralistes ». Thèse d'exercice, Université Jean Monnet (Saint-Étienne). Faculté de médecine Jacques Lisfranc, 2016.
9. Gauthier, Virginie. « Le mensonge dans la relation médecin-patient: accords et désaccords autour du mensonge ». Thèse d'exercice, Université Jean Monnet (Saint-Étienne). Faculté de médecine Jacques Lisfranc, 2018.
10. Perret, Justine. « Mensonge Impossible ?: Point de vue des patients sur la place du mensonge dans la relation de soin ». Thèse d'exercice, Université Jean Monnet (Saint-Étienne). Faculté de médecine Jacques Lisfranc, 2016.
11. Paillé P. La méthodologie qualitative : posture de recherche et travail de terrain. Paris : Armand Colin 2006
12. Aubin-Auger I, Lustman M, Mercier A, Peltier A, Initiation à la recherche qualitative en santé ; GROUMF 2021.
13. Méliani V. Choisir l'analyse par théorisation ancrée : illustration des apports et

des limites de la méthode. Recherches qualitatives 2013 ;HS15 :435-53

14. Blanchet A, Gotmal A, L'enquête et ses méthodes: l'entretien. Paris: Armand Colin; 2005. 128 p.
15. Hennebo N. Guide du bon usage de l'analyse par théorisation ancrée. 2009.
16. Larousse É. Définitions : mensonge - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 11 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/mensonge/50492>
17. Ekman, P . Je sais que vous mentez. L'art de détecter ceux qui vous trompent. Paris, France :Michel Lafond 2010 380 p.
18. Mensonge: psychologie, applications et outils de détection. Malakoff: Dunod; 2019.
19. Augustin. Le mensonge. Salamito J-M, éditeur. Paris, France: L'Herne; 2011. 97 p
20. Kant.E : Métaphysique des mœurs doctrine de la vertu AK VI, 429-431,1797
21. SARTRE J.P. : « Esquisse d'une théorie des émotions » [Internet]. [cité 22 oct 2021]. Disponible sur: https://www.cnam.fr/servlet/com.univ.collaboratif.utils.LectureFichiergw?ID_FICHIER=1295877018192
22. St-Yves M, Navarro J. La détection du mensonge : l'effet Pinocchio existe-t-il? pv [Internet]. 2014 [cité 1 nov 2021];13(1). Disponible sur: <https://www.erudit.org/fr/revues/pv/2014-v13-n1-pv02074/1033114ar/>
23. Denault V. Communication non verbale et crédibilité des témoins. 2015.
24. Fainzang S. La communication d'informations dans la relation médecins-malades. Questions de communication. 2009;n° 15(1):279-95.
25. Champeau Sarah ; Lallemand Marie : « La place et les représentations du bureau dans la relation en médecine générale » Thèse d'exercice, Université Toulouse III Paul Sabatier, Faculté de Médecine Toulouse Rangueil, 2019. 2019TOU31076-1077.pdf [Internet]. [cité 22 oct 2021]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/2688/1/2019TOU31076-1077.pdf>
26. Landolo. Parler avec le malade, art erreurs et techniques de la communication. 1996
27. Fainzang S. La relation médecins-malades : information et mensonge [Internet]. Presses Universitaires de France; 2006 [cité 1 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/la-relation-medecins-malades-information-et-menson--9782130558286.htm>
28. Agaku IT, Adisa AO, Ayo-Yusuf OA, Connolly GN. Concern about security and privacy, and perceived control over collection and use of health information are related to withholding of health information from healthcare

- providers. *Journal of the American Medical Informatics Association*. 1 mars 2014;21(2):374-8.
29. Connaissance et perceptions des Français sur le Dossier Médical Partagé, Enquête France Assos Santé-Viavoice [Internet]. France Assos Santé. [cité 22 oct 2021]. Disponible sur: https://www.france-assos-sante.org/publication_document/connaissance-et-perceptions-des-francais-sur-le-dossier-medical-partage-enquete-france-assos-sante-viavoice/
 30. DePaulo BM, Lindsay JJ, Malone BE, Muhlenbruck L, Charlton K, Cooper H. Cues to deception. *Psychol Bull*. janv 2003;129(1):74-118.
 31. Halpern J. What is Clinical Empathy? *J Gen Intern Med*. août 2003;18(8):670-4
 32. Ekman P. *Telling lies: Clues to deceit in the marketplace, politics, and marriage*. New York, NY, US: W W Norton & Co; 2009. 402 p. (Telling lies: Clues to deceit in the marketplace, politics, and marriage).
 33. Vrij A, Mann S, Kristen S, Fisher RP. Cues to deception and ability to detect lies as a function of police interview styles. *Law and Human Behavior*. 2007;31(5):499-518.
 34. Goffman E, Kihm A. *Stigmate: les usages sociaux des handicaps*. Les éd. de minuit; 1975
 35. Palmieri JJ, Stern TA. Lies in the Doctor-Patient Relationship. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2009;11(4):163-8.
 36. Kris E. Le mythe personnel ; un problème de technique psychanalytique. *J Am Psychanal Assoc*. 1956 ; 4 (4) : 653–681.
 37. Borkan JM, Reis S, Steinmetz D, Medalie JH. *Patients and Doctors: Life-changing Stories from Primary Care*. Univ of Wisconsin Press; 1999. 242 p.
 38. Pougnet R, Pougnet L. Chapitre 6. Mensonge et discrétion du patient à l'ère de la médecine numérique ? *Journal international de bioéthique et d'éthique des sciences*. 24 août 2021;Vol. 32(2):69-84.
 39. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. déc 2007;19(6):349-57.
 40. Koyré A. *Réflexions sur le mensonge*. Editions Allia; 2004. 72 p.
 41. Le Droit de mentir, Emmanuel Kant, Benjamin Constant, Jules Barni, Cyril Morana | Fayard [Internet]. [cité 8 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.fayard.fr/1001-nuits/le-droit-de-mentir-9782842057770>.

Déclaration de conformité

au référentiel de méthodologie de référence MR-004

reçue le 16 septembre 2021

Monsieur Grégoire NEULAT

6 PLACES DES MARSEILLAISES
6 PLACES DES MARSEILLAISES
13001 MARSEILLE

ORGANISME DÉCLARANT

Nom :	Madame JANCZEWSKI Aurélie	N° SIREN/SIRET :	
Service :		Code NAF ou APE :	
Adresse :	CABINET MÉDICAL LA PETITE AUTANE CABINET MÉDICAL LA PETITE AUTANE	Tél. :	0670142199
CP :	05260	Fax. :	
Ville :	SAINT JEAN SAINTE NICOLAS		

Par la présente déclaration, le déclarant atteste de la conformité de son/ses traitement(s) de données à caractère personnel au référentiel mentionné ci-dessus.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier ou par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, la conformité de ce(s) traitement(s).

Fait à Paris, le 17 septembre 2021

— RÉPUBLIQUE FRANÇAISE —

3 Place de Fontenoy, TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 - 01 53 73 22 22 - www.cnil.fr

Les données personnelles nécessaires à l'accomplissement des missions de la CNIL sont conservées et traitées dans des fichiers destinés à son usage exclusif. Les personnes concernées peuvent exercer leurs droits Informatique et Libertés en s'adressant au délégué à la protection des données de la CNIL via un formulaire en ligne ou par courrier postal.

Pour en savoir plus : <https://www.cnil.fr/donnees-personnelles>

7.2. Autorisation Comité d’Ethique Aix Marseille Université



Comité d’éthique de l’université d’Aix-Marseille

Objet : Avis du Comité d’éthique.
N/Réf dossier : 2021-09-30-05
Dossier suivi par :DRV-Audrey Janssens
Pièce(s) jointe(s) : 1 document

Marseille, le mardi 5 octobre 2021

Le projet de recherche présenté par l’investigateur principal, NEULAT Grégoire Interne D.E.S Médecine Générale au sein du DUMG de l’Université d’Aix-Marseille et sous la responsabilité du Dr JANCZEWSKI Aurélie, membre du DUMG, intitulé « La modification d’information:perception et vécu des patients dans la relation médecin-patient en médecine générale» a été soumis pour avis au Comité d’éthique en sa séance du jeudi 30 septembre 2021.

Après audition des rapporteurs, et compléments d’information apportés par l’investigateur principal, le comité a jugé que le projet ne pose pas de problème éthique ou règlementaire

Le Comité d’éthique de l’Université d’Aix-Marseille émet donc un avis favorable.

Le Président du Comité d’éthique
Pierre-Jean Weiller

7.3. Grille d'entretien

GRILLE D'ENTRETIEN **RECHERCHE SUR LA MODIFICATION D'INFORMATION DES PATIENTS**

Bonjour,

Je vais vous rappeler le but de notre entretien en quelques mots et ensuite nous commencerons.

Tout d'abord, c'est dans le cadre de mon travail de recherche sur la relation médecin-patient que nous nous réunissons aujourd'hui.

Une étude publiée dans une revue médicale américaine avait montré en 2018 que plus de 70% des patients avaient déjà modifié des informations rapportées à leur médecin généraliste.

C'est pourquoi ce qui m'intéresse c'est l'usage de la modification d'information par le patient lors d'une consultation.

Tout cet entretien est anonyme. Il n'y sera apporté aucun jugement de valeur ou d'accusation.

Votre parole est complètement libre. Vous pourrez stopper l'entretien à tout moment. Vous pourrez demander de retirer certaines phrases de l'entretien si vous le souhaitez.

Le but de cet entretien est de récolter un vécu, des exemples, des histoires, des événements de relation, vos critiques et avis sur ce sujet. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

Vous pourrez si vous le souhaitez, être tenu au courant des résultats de mon travail lorsque j'aurais fini mes recherches.

1) ADMINISTRATIF :

-Quel âge avez-vous ?

-Quelle profession exercez-vous ?

-Quelle est votre niveau d'étude ? (BAC/Brevet/Licence/Master/Doctorat)

-Avez-vous un médecin traitant ? Depuis combien de temps ?

-A quelle fréquence voyez-vous votre médecin traitant ?

-Combien de médecin traitant avez-vous eu dans votre vie ?

2) INTRODUCTION :

-Que pensez-vous de la relation que vous entretenez avec vos différents médecins traitants ?

Points forts/ Points faibles / Points améliorables

- Que pouvez-vous me dire sur votre confiance dans vos différents médecins généralistes ?

3) L'INFORMATION DONNEE PAR LE PATIENT:

-Selon vous, comment la modification d'information arrive dans les consultations entre un patient et son médecin généraliste ?

-Pour vous, quelle est la différence, dans le contexte d'une consultation médicale,

entre une modification d'information, une rétention d'information et une fausse information et un mensonge?

- RETENTION INFORMATION :

Depuis que vous êtes suivi(e), est-ce qu'il y a des informations que vous ne dites pas à votre médecin (symptômes, motifs de consultations, etc...) ?

Si oui, quelle(s) zone(s)/champ(s) de votre vie gardez-vous secrets vis-à-vis de votre médecin (même s'il aborde le sujet en consultation) ? [Si blocage => exemples :

Addiction, situation au travail, familiale, alimentation, humeurs, psychologie, etc...]

Pour quelle(s) raison(s) ?

- MODIFICATION INFORMATION :

Lors de vos différentes consultations il a pu vous arriver de modifier des informations ou de donner de fausses informations.

Pouvez-vous me raconter une anecdote à ce sujet et m'expliquer comment vous l'avez utilisé ?

Dans quel(s) but(s) avez-vous modifié une information ?

Quel(s) effet(s)/sentiment(s) cela a produit sur vous ?

Quels étaient les avantages et inconvénients pour vous ?

[Si non, pourriez réfléchir à des situations ou des informations pour lesquelles vous modifieriez la vérité ?]

-PERCEPTION MEDECIN :

Comment pensez-vous que votre médecin a perçu cet échange ?

-DIMINUTION MODIFICATION INFORMATION :

Qu'est-ce qui selon vous diminuerait ou empêcherait la possibilité de modification d'information lors d'une consultation ?

Pourriez-vous me donner un exemple de situation qui, pour vous, diminueraient la possibilité de modifier l'information [si pas de réponse : attitude du médecin, manière de poser une question, environnement de consultation, etc...]

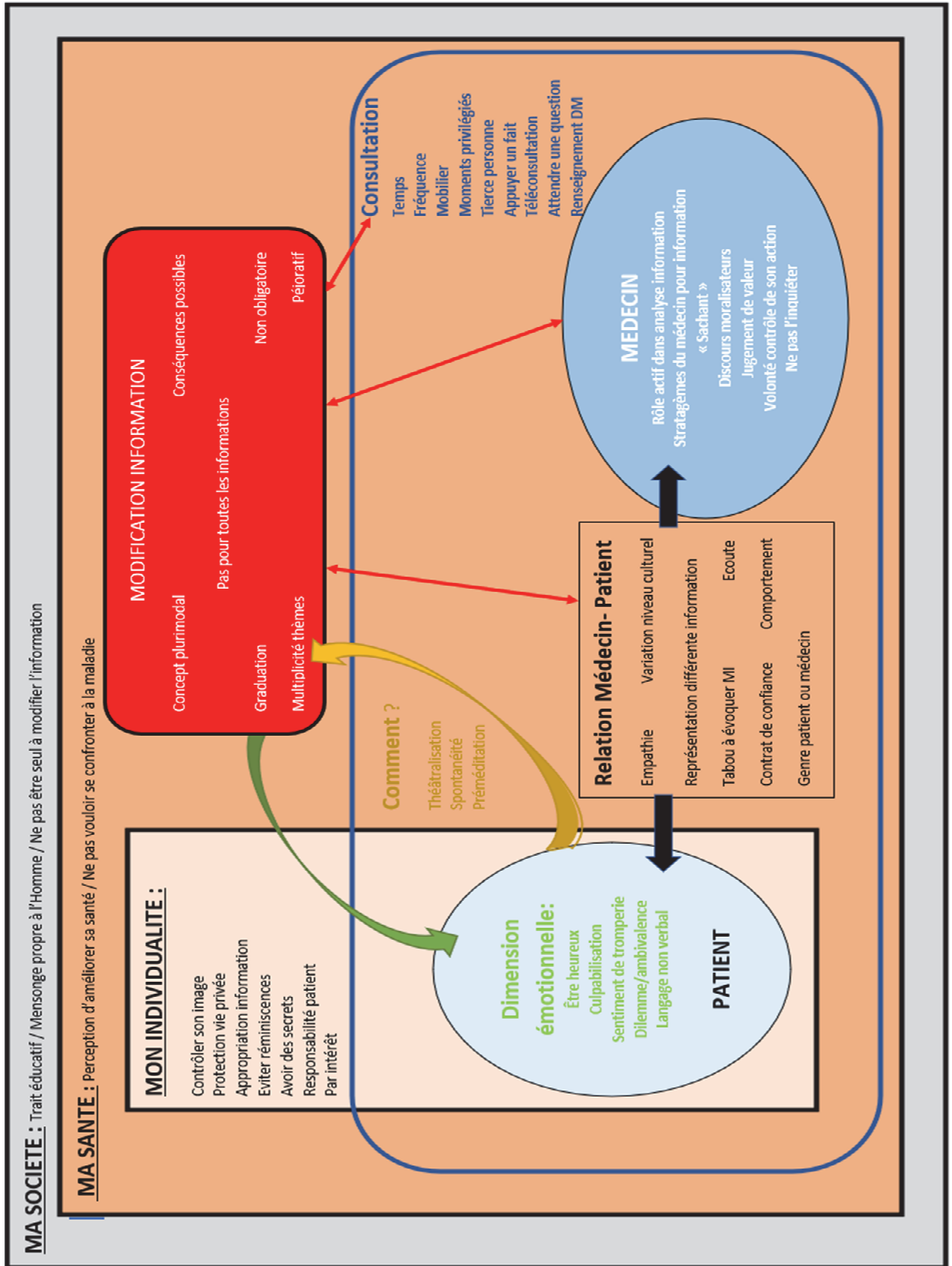
-Finalement, que pensez-vous de l'utilisation de la modification d'information entre un patient et un médecin ?

4) FIN ENTRETIEN

-Avez-vous quelques choses à rajouter ?

-Que pensez-vous de ce sujet de recherche ?

7.4. Modélisation



8. ABREVIATIONS

JAMA =Journal of the American Medical Association

MI = Modification d'Information

MP = Médecin-Patient

MG = Médecin Généraliste

MT= Médecin Traitant

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans **aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions**. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas **usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité**.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai **jamais leur confiance** et **n'exploiterai pas le pouvoir hérité** des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

RESUME

Introduction:

La modification d'information effectuée par les patients en médecine générale est un phénomène de grande ampleur. Malgré l'importance que revêt ce sujet sur la bonne pratique médicale, les études médicales nationales concernant ce dernier restent très marginales. L'objectif de ce travail est d'explorer le vécu et la perception de la modification d'information par le patient en médecine générale.

Méthodologie :

Cette étude qualitative est réalisée, à partir d'entretiens individuels semi-dirigés auprès de patient, jusqu'à saturation des données. L'analyse a été effectuée selon le principe de la théorisation ancrée.

Résultats :

Les patients perçoivent leur modification d'information comme faisant partie intégrante de la relation avec leur médecin généraliste. Elle fait appel soit à une spontanéité, soit une préméditation. Elle est sous-tendue par la société, le déroulé de la consultation, la représentation qu'ils ont de leur médecin généraliste et son comportement, l'image qu'ils se font de leur santé. Elle a pour conséquence des émotions distinctes suivant les situations.

Le médecin par des stratégies est à même de récupérer l'information du patient. Un contrat de confiance semble diminuer la modification d'information par le patient. Par son utilisation et l'appropriation de l'information par le patient, cette dernière donne au patient un certain pouvoir rééquilibrant une relation médecin-patient asymétrique.

Conclusion :

La modification d'information effectuée par le patient reste un mode de communication à part entière qu'il convient de connaître et d'appréhender pour une pratique médicale holistique.

Mots clés : Patient ; Information ; Mensonge ; Relation médecin-patient