



**HAL**  
open science

# Comment les modalités de la relation patient-médecin et le bien-être subjectif des médecins généralistes libéraux s'influencent-ils ?

Matthieu Bonneaud

## ► To cite this version:

Matthieu Bonneaud. Comment les modalités de la relation patient-médecin et le bien-être subjectif des médecins généralistes libéraux s'influencent-ils ?. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04778885

**HAL Id: dumas-04778885**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04778885v1>**

Submitted on 12 Nov 2024

**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.

Comment les modalités de la relation patient-médecin et le bien-être subjectif  
des médecins généralistes libéraux s'influencent-ils ?

THESE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté des Antilles, antenne de Martinique  
Et animée par les enseignants de ladite faculté

Le 22/11/2023

Pour obtenir le grade de  
**DOCTEUR EN MEDECINE**

Par  
**Matthieu BONNEAUD**

Examineurs de la thèse :

Président du jury : M. le Professeur Moustapha DRAME  
Membre du jury : M. le Professeur Christophe DELIGNY  
Membre du jury : M. le Professeur Dabor RESIERE  
Membre du jury : M. le Docteur Moïse NIAUX  
Directeur de la thèse : M. le Docteur Patrick OUVRARD

**Le Président de l'Université des Antilles : Michel GEOFFROY**  
**Doyen de l'UFR Santé des Antilles : Suzy DUFLO**  
**Vice-Doyen de l'UFR Santé des Antilles : Christophe DELIGNY**

<b><u>Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers</u></b>	
<b>Antoine ADENIS</b> _____	<b>Epidémiologie, économie de la santé et prévention</b> CH de CAYENNE Tél. : 0594 39 50 50
<b>Véronique BACCINI</b> _____	<b>Hématologie</b> CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
<b>Pascal BLANCHET</b> _____	<b>Chirurgie Urologique</b> CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 13 95
<b>Sébastien BREUREC</b> _____	<b>Bactériologie &amp; Vénérologie</b> CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 12 80
<b>Laurent BRUREAU</b> _____	<b>Urologie</b> CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
<b>André CABIE</b> _____	<b>Maladies Infectieuses</b> CHU de Martinique Tel : 05 96 55 23 01
<b>Philippe CABRE</b> _____	<b>Neurologie</b> CHU de Martinique Tel : 05 96 55 22 61
<b>Raymond CESAIRE</b> _____	<b>Bactériologie-Virologie-Hygiène option virologie</b> CHU de Guadeloupe Tel : 05 96 89 10 10
<b>Nadège CORDEL</b> _____	<b>Dermatologie &amp; Vénérologie</b> CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
<b>Pierre COUPPIE</b> _____	<b>Dermatologie</b> CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 53 39

**Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers**

<b>CHERET Antoine</b> _____	<b>Thérapeutique-Médecine de la douleur</b> CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
<b>Michel DE BANDT</b> _____	<b>Rhumatologie</b> CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
<b>Bertrand De TOFFOL</b> _____	<b>Neurologie</b> CH de CAYENNE Tél. : 0594 39 50 50
<b>Magalie DEMAR - PIERRE</b> _____	<b>Parasitologie et Infectiologie</b> CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 53 09
<b>Christophe DELIGNY</b> _____	<b>Médecine Interne</b> CHU de Martinique Tel : 05 96 55 22 55
<b>Felix DJOSSOU</b> _____	<b>Maladies infectieuses et tropicales</b> CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 50 50
<b>Moustapha DRAMÉ</b> _____	<b>Épidémiologie, Économie de la Santé</b> CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
<b>Suzy DUFLO</b> _____	<b>ORL – Chirurgie Cervico-Faciale</b> CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 93 46 16
<b>Narcisse ELENGA</b> _____	<b>Pédiatrie</b> CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 77 37
<b>Loïc EPELBOIN</b> _____	<b>Maladies infectieuses</b> CH de CAYENNE Tel : 05 94 93 50 00
<b>Karim FARID</b> _____	<b>Médecine Nucléaire</b> CHU de Martinique Tel : 05 96 55 21 67
<b>Jocelyn INAMO</b> _____	<b>Cardiologie</b> CHU de Martinique Tel : 05 96 55 23 72 - Fax : 05 96 75 84 38
<b>Hatem KALLEL</b> _____	<b>Médecine intensive-réanimation</b> CH de CAYENNE Tél. : 0594 39 50 50

**Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers**

<b>Annie LANNUZEL</b> _____	<b>Neurologie</b> CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 14 13
<b>Harold MERLE</b> _____	<b>Ophtalmologie</b> CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
<b>Mathieu NACHER</b> _____	<b>Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention</b> CH de CAYENNE Tel : 05 94 93 50 24
<b>Rémi NEVIÈRE</b> _____	<b>Physiologie</b> CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
<b>Olivier PARANT</b> _____	<b>Gynécologie-Obstétrique</b> CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
<b>Stéphanie PUGET</b> _____	<b>Neurochirurgie</b> CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
<b>Chantal RAHERISON-SEMJEN</b> _____	<b>Pneumologie, Addictologie</b> CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
<b>Dabor RESIÈRE</b> _____	<b>Thérapeutique-médecine de la douleur</b> CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
<b>Pierre-Marie ROGER</b> _____	<b>Maladies infectieuses et tropicales</b> CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
<b>François ROQUES</b> _____	<b>Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire</b> CHU de Martinique Tel : 05 96 55 22 71
<b>Jean ROUDIE</b> _____	<b>Chirurgie Digestive</b> CHU de Martinique Tel : 05 96 55 21 01 - Tel : 05 96 55 22 71
<b>Maturin TABUE TEGUO</b> _____	<b>Médecine interne : Gériatrie et Biologie du vieillissement</b> CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
<b>André-Pierre UZEL</b> _____	<b>Chirurgie Orthopédique et Traumatologie</b> CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 14 66

**Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers**

<b>Magaly ZAPPA</b> _____	<b>Radiologie et imagerie médicale</b> CH de CAYENNE Tel : 05 94 93 50 00
------------------------------	---

**Professeurs des Universités Associés - Praticiens Hospitaliers**

<b>Stéphane AMADEO</b> _____	<b>Psychiatrie</b> CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
<b>Jacqueline DELOUMEAUX-TYNDAL</b> _____	<b>Épidémiologie, économie de la santé et prévention</b> CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
<b>Papa Ngalgou GUEYE</b> _____	<b>Médecine d'Urgence</b> CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
<b>Hossein MEHDAOUI</b> _____	<b>Médecine intensive-réanimation</b> CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
<b>Stéphane PLAWEKI</b> _____	<b>Chirurgie Orthopédique</b> CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
<b>Patrick PORTECOP</b> _____	<b>Médecine d'urgence</b> CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
<b>Marc PUJO</b> _____	<b>Médecine d'Urgence</b> CH de CAYENNE Tel : 05 94 93 50 00

**Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers**

<b>Cindy BERAL</b> _____	<b>Ophthalmologie</b> CHU de Guadeloupe Tél. : 0590 89 10 10
<b>Romain BLAIZOT</b> _____	<b>Dermatologie-Vénérologie</b> CH de CAYENNE Tel : 05 94 93 50 00
<b>Moana GELU-SIMEON</b> _____	<b>Gastroentérologie hépatologie</b> CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
<b>Clarisse JOACHIM-CONTARET</b> _____	<b>Epidémiologie, économie de la santé et prévention</b>

**Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers**

	CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
<b>Marie-Laure LALANNE-MISTRIH</b> <hr/>	<b>Nutrition</b> CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 13 00
<b>Amélie ROLLE</b> <hr/>	<b>Anesthésie Réanimation</b> CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
<b>Emmanuelle SYLVESTRE</b> <hr/>	<b>Biostatistique, Informatique médicale et Technologie</b> CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
<b>Fritz-Line VELAYOUDOM épouse CEPHISE</b> <hr/>	<b>Endocrinologie</b> CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 13 03

**Maître de Conférences**

<b>Yoann GARNIER</b> <hr/>	<b>Biologie Moléculaire et Cellulaire</b> INSERM
-------------------------------	---

**Maître de Conférences des Universités Associé - Praticiens Hospitaliers**

<b>Maïder FIRPION-COPPRY</b> <hr/>	<b>Hygiène hospitalière</b> CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
---------------------------------------	--

**Professeur des Universités de Médecine Générale**

<b>Jeannie HELENE-PELAGE</b> <hr/>	<b>Médecine Générale</b> CHU de Guadeloupe / Cabinet libéral Tel : 05 90 84 44 40
---------------------------------------	---

**Professeur Associé de Médecine Générale**

<b>Franciane GANE-TROPLENT</b> <hr/>	<b>Médecine générale</b> Cabinet libéral Tel : 05 90 20 39 37
---	---

**Maître de Conférence des Universités de Médecine Générale**

<b>Philippe CARRERE</b> <hr/>	<b>Médecine générale</b> Cabinet libéral
----------------------------------	---

**Maître de Conférence Associé de Médecine Générale**

<b>KANGAMBEGA-CHATEAU-DEGAT Wal</b> <hr/>	<b>Médecine générale</b> Cabinet libéral
--	---

<b>Franck MASSE</b> <hr/>	<b>Médecine générale</b> Cabinet libéral
------------------------------	---

**Professeur émérite**

<b>Eustase JANKY</b>	<b>Gynécologie-Obstétrique</b> <hr/>
----------------------	---



## SOMMAIRE

LISTE DES ABREVIATIONS .....	19
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES .....	19
RESUME .....	20
ABSTRACT .....	22
INTRODUCTION .....	24
1. LA MEDECINE GENERALE : UNE DISCIPLINE RELATIONNELLE .....	24
2. LA RELATION PATIENT-MEDECIEN .....	24
2.1. Définitions .....	24
2.2. Modèles .....	25
2.3. Impacts de la qualité relationnelle .....	26
3. L'ETAT D'ESPRIT LIE AU TRAVAIL : ENTRE BIEN-ETRE ET EPUISEMENT PROFESSIONNEL .....	27
3.1. Définitions .....	27
3.2. De l'exposition à divers facteurs vers le ressenti subjectif.....	28
3.3. Les conséquences du bien-être ou du mal-être professionnel sur le praticien : .....	31
4. HYPOTHESE ET OBJECTIFS DE L'ETUDE .....	33
METHODOLOGIE.....	34
1. CHOIX DU TYPE D'ETUDE.....	34
2. POPULATION DE L'ETUDE ET PLAN DE RECRUTEMENT.....	35
3. DONNEES ETUDIEES .....	36
3.1. Caractéristiques des participants .....	36
3.2. Guide d'entretien .....	36
4. RECUEIL DES DONNEES.....	37
4.1. Les entretiens pilotes .....	37
4.2. Les entretiens du recueil .....	37
5. ANALYSE DES DONNEES .....	38
6. ASPECTS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES.....	39
RESULTATS.....	41
1. DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON .....	41
2. LE MEDECIN A UNE INFLUENCE SUR LE PATIENT : .....	42
2.1. Le comportement du médecin a une influence sur l'état d'esprit du patient .....	43
2.2. Le comportement du médecin a une influence sur le comportement du patient .....	46
2.3. L'état d'esprit du médecin a une influence sur l'état d'esprit du patient.....	49
3. LE PATIENT A UNE INFLUENCE SUR LE MEDECIN : .....	51

3.1.	Le comportement du patient a une influence sur les l'état d'esprit du médecin.....	54
3.2.	Le comportement du patient a une influence sur le comportement du médecin .....	64
3.3.	L'état d'esprit du patient a une influence sur l'état d'esprit du médecin.....	68
3.4.	L'état d'esprit du patient a une influence sur le comportement du médecin .....	69
4.	L'INFLUENCE ENTRE LE COMPORTEMENT ET LES EMOTIONS DU MEDECIN : .....	70
4.1.	L'influence du comportement du médecin sur son état d'esprit.....	72
4.2.	L'influence de l'état d'esprit du médecin sur son comportement :.....	73
5.	LES INFLUENCES ENTRE LA RELATION ET L'ETAT D'ESPRIT DU MEDECIN : .....	81
5.1.	L'influence de l'état d'esprit et du comportement du médecin sur la relation :.....	84
5.2.	L'influence de la relation sur l'état d'esprit et le comportement du médecin : .....	86
	DISCUSSION .....	91
1.	DISCUSSION DE LA METHODE .....	91
1.1.	Equipe de recherche et de réflexion .....	91
1.2.	Conception de l'étude .....	93
1.3.	Analyse et résultats .....	95
1.4.	Forces de l'étude .....	96
1.5.	Critères de scientificité .....	97
2.	ANALYSE DES DONNEES ET MISE EN RELIEF PAR LA LITTERATURE .....	100
2.1.	L'influence exercée par le médecin.....	100
2.2.	L'influence exercée par le patient .....	101
2.3.	L'influence entre l'état d'esprit et le comportement du médecin.....	102
2.4.	L'influence de la relation elle-même sur l'état d'esprit du médecin .....	103
2.5.	Evolution de la relation et de l'état d'esprit des médecins.....	105
2.6.	Pistes d'optimisation .....	106
	CONCLUSION .....	108
	ANNEXES.....	110
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	118
	SERMENT D'HIPPOCRATE.....	122

## LISTE DES ABREVIATIONS

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners / Family physicians. Souvent abrégé en World Organization of Family Doctors.

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

HDH : Health Data Hub

MR : Méthodologie de référence

## LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1 : Principales caractéristiques des participants

Annexe 3 : Influence positive exercée par le médecin sur le patient et la relation

Annexe 4 : Influence négative exercée par le médecin sur le patient et la relation

Annexe 5 : Influence positive du patient sur le médecin

Annexe 6 : Influence négative du patient sur le médecin

Annexe 7 : Influence de la relation sur l'état d'esprit du médecin

## RESUME

**Introduction :** La médecine générale est une discipline scientifique et une spécialité clinique pour laquelle la relation patient-médecin est un élément central et fondamental. La relation est un concept complexe regroupant de nombreuses dimensions (technique, cognitive, affective, comportementale...). La relation patient-médecin est une modalité relationnelle comprenant ses spécificités propres. De nombreuses modélisations ont été proposées afin de la caractériser. Suivant sa forme et ses caractéristiques, elle aura une influence sur le patient et sur le médecin, notamment en terme de bien-être ou de mal-être. L'état d'esprit lié au travail est également une notion complexe. Elle peut être ressentie en termes de bien-être ou de mal-être. Les descriptions dans la littérature sont assez asymétriques, avec une recherche de plus en plus fournie concernant le bien-être au travail du côté positif, et le syndrome d'épuisement professionnel du côté négatif. L'état d'esprit du médecin aura des conséquences sur la relation en perpétuelle évolution.

**Objectif :** Explorer en détail la manière dont l'état d'esprit du médecin et la relation patient-médecin s'influencent l'un et l'autre, en identifiant notamment des facteurs intermédiaires expliquant ces influences.

**Matériel et méthodes :** Etude qualitative par entretiens semi-dirigés réalisés auprès de médecins généralistes libéraux exerçant en Loire-Atlantique. L'analyse a été réalisée selon les principes de la phénoménologie interprétative.

**Résultats :** Nous avons retrouvé une influence exercée par l'état d'esprit du médecin sur la relation. Cette influence peut s'exercer, notamment via le comportement du médecin, sur l'état d'esprit et le comportement du patient, et donc sur la relation indirectement. Les participants ont également décrit une influence de leur état d'esprit et de leur comportement sur la relation sans préciser de facteurs intermédiaires. Un état d'esprit du médecin marqué par du bien-être, du calme, de la confiance en soi ; ou encore un comportement du médecin marqué par de l'écoute, de la réassurance, de l'investissement et de la disponibilité, de la détente et de l'humour, ou certains éléments de communication non-verbale tels que le sourire sont susceptibles d'exercer une influence positive sur le patient et sur la relation. A contrario, un état d'esprit du médecin marqué par du mal-être, du stress, de la nervosité, un manque de confiance en soi, de la susceptibilité, de la fatigue, de la tristesse ou de la peur ; ou encore un comportement du médecin marqué par de la nervosité et de l'hostilité, des critiques et des jugements de valeur, un manque de disponibilité (impatience, manque d'écoute), un signalement par rapport au patient, un refus de prise en charge, des erreurs médicales, une communication trop cartésienne, ou une attitude défensive sont

susceptibles d'exercer une influence négative sur le patient et sur la relation. L'état d'esprit et le comportement du patient étaient également susceptibles d'exercer une influence sur le médecin. Ainsi, un état d'esprit du patient marqué par du bien-être, de la confiance, et de la satisfaction ; ou encore un comportement du patient marqué par une attitude sympathique, de la reconnaissance, de la valorisation, l'expression de la confiance (confidences, compliance), le respect du cadre, une attitude bienveillante ou un intérêt pour le médecin en tant que personne étaient susceptibles d'exercer une influence positive sur le médecin. A contrario, un état d'esprit du patient marqué par du mal-être, du stress, de la douleur, de la tristesse ; ou encore un comportement du patient marqué par un manque de respect du médecin ou du cadre, des demandes inadaptées, une attitude contraignantes (agressivité, impatience, insistance) ou exigeante, un manque de reconnaissance, de la méfiance, de la mauvaise foi, une rupture de la relation ou encore un manque de soin de soi étaient susceptibles d'exercer une influence négative sur le médecin. On note qu'une majorité des éléments cités se retrouvent à la fois comme cause et conséquence de l'influence d'une partie sur l'autre. La description a été relativement manichéenne, et l'on peut ainsi décrire des cercles vertueux et des cercles vicieux d'interaction entre état d'esprit et comportement du médecin d'une part, et état d'esprit et comportement du patient d'autre part. Les éléments plus nuancés étaient anecdotiques. Certaines modalités de la relation n'étant pas directement liées aux éléments précédemment cités (état d'esprit et comportement des deux parties) sont également susceptibles d'influer l'état d'esprit du médecin. Ainsi, des relations « humaines », avec du respect mutuel, de la confiance mutuelle, une communication efficiente, un cadre bien posé, et des relations de « partenariat » étaient susceptibles de véhiculer du bien-être chez le praticien. A contrario, une relation marquée par des conflits et de la tension, une confiance rompue, des difficultés de communication, une asymétrie relationnelle (paternalisme ou consumérisme), une difficulté pour le médecin à imposer son rôle, ou encore une inadéquation entre le comportement du patient et la tolérance du médecin étaient susceptibles de véhiculer mal-être, dévalorisation, culpabilité, appréhension, colère et nervosité chez le médecin.

**Conclusion :** Il semble donc exister une influence constante entre la qualité et les caractéristiques de la relation d'une part, et l'état d'esprit du médecin d'autre part. Cette influence s'exerce notamment à travers le comportement du médecin, et l'état d'esprit et le comportement du patient. On peut décrire des cercles vertueux et des cercles vicieux d'influence entre l'état d'esprit du médecin et la qualité relationnelle (de bonnes relations améliorent l'état d'esprit du médecin et un bon état d'esprit améliore la qualité des relations pour ne citer que le côté positif). Bien que les relations de qualités, sources de bien-être pour le praticien, semblent toujours être la norme, les relations dégradées et source de mal-être semblent de plus en plus nombreuses, et sont bien plus marquantes sur un plan émotionnel pour le praticien.

## ABSTRACT

**Introduction** : General practice is a scientific field as well as a clinical specialty, of which the patient-physician relationship is a central and fundamental element. Relationship is a complex concept including many dimensions (technical, cognitive, affective, behavioural...). The patient-physician relationship is one relational modality with its own specificities. Numerous models have been proposed in order to characterize it. According to its shape and characteristics, it will have an influence on the patient as well as on the physician, notably in terms of well-being or discomfort. Work-related mindset is also a complex notion. It can be experienced as well-being or discomfort. The descriptions found in the literature are relatively asymmetrical, with more and more research concerning well-being at work on the positive side, and professional burn-out on the negative side. The mindset of the physician will have consequences on the ever-changing relationship.

**Objectif** : To explore in details how the mindset of the physician and the patient-physician relationship influence each other, particularly by identifying intermediary factors explaining these influences.

**Material and Methods** : Qualitative study, using semi-directive interviews with general practitioners working in Loire-Atlantique. The analysis was realized according to the principles of interpretative phenomenology.

**Results** : We found an influence exerted by the physician mindset on the relationship. This influence can be exerted, particularly through the physician's behavior, on the mindset and the behavior of the patient, and therefore on the relationship indirectly. The participants have also described a direct influence of their mindset and behavior on the relationship, without precisising intermediary factors. A physician's mindset marked by well-being, calm, self-confidence ; or a behavior marked by listening, reassurance, self-investment and availability, relaxation and humor, as well as some non-verbal communication elements such as smiling are likely to exert a positive influence on the patient and on the relationship. At contrary, a mindset marked by uneasiness ("mal-être" in French), stress, nervousity, lack of self-confidence, susceptibility, tiredness, sadness or fear ; as well as a behavior marked by nervousity, hostility, critics and value judgements, lack of availability (impatience, lack of listening), a report to the authorities concerning the patient, refusing to take care of a patient, an overly cartesian communication, or a defensive attitude are likely to exert a negative influence on the patient and the relationship. The mindset and the behavior of the patient are also likely to exert an influence on the physician. A patient's mindset marked by well-being, trust, satisfaction ; as well as a behavior marked by a sympathetic attitude, recognition, valorization of the doctor, the expression of trust (through sharing confidences, or

through compliance), respect for the framework of the relationship, a benevolent attitude, or an interest for the physician as a person are likely to exert a positive influence on the physician. At contrary, a mindset marked by uneasiness (“mal-être” in French), stress, pain or sadness ; as well as a behavior marked by a lack of respect of the physician or of the framework, inappropriate requests, constraint on the physician (aggressivity, impatience, insistence) or exigences, a lack of recognition, mistrust, hypocrisy, stopping the follow-up, or a lack of personal care are likely to exert a negative influence on the physician. We note that most of the elements can be found both as a cause and as a consequence of of the influence of a protagonist on the other. The description was quite Manichean, describing virtuous and vicious circles of interactions between the mindset and behavior of the physician on one hand, and the mindset and behavior of the patient on the other hand. More nuanced elements were anecdotal. Some elements of the relationship itself were, which weren't related to the previously mentioned elements (mindset and behavior of the physician and the patient) were also likely to exert an influence on the physician's mindset. Thus, a « human » relationship, with mutual respect, mutual trust, an effective communication, a well-defined framework, and a partnership between the physician and the patient were likely to convey well-being to the physician. Conversely, a relationship marked by conflicts and tension, broken trust, communication issues, or asymmetry (paternalistic or consumerist relationship), a difficulty for the physician to impose his role, or a mismatch between the patient's behavior and the physician's tolerance were likely to convey uneasiness, self-devaluation, guilt, apprehension, anger, and nervousity to the physician.

**Conclusion :** It seems to be a constant influence between the quality and characteristics of the relationship on one hand, and the mindset of the physician on the other hand. This influence can notably exert itself through the behavior of the doctor, and the mindset and behavior of the patient. We can describe virtuous and vicious circles of influence between the physician's mindset and the relationship quality (good relationship improve the physician's mindset, and a positive mindset improves the relational quality, to cite only the positive side of the equation). Quality relationships, sources of well-being for the physician still seem to be the norm. But degraded relationship, sources of uneasiness, seem more and more frequent, and are much more significant on an emotional level for the physician.

## INTRODUCTION

### 1. LA MEDECINE GENERALE : UNE DISCIPLINE RELATIONNELLE

La médecine générale / médecine de famille est une discipline scientifique et une spécialité clinique spécifique. Elle a un certain nombre de caractéristiques qui lui sont propres : (1)

**Son rôle** est « d'assurer des soins continus et longitudinaux adaptés aux besoins des patients ». Elle doit avoir une approche holistique, et prendre en compte tous les problèmes de santé dans leurs dimensions physiques, psychologique, sociale, culturelle ou existentielle. (1)

**Son raisonnement**, centré sur la personne, est spécifique de la prévalence et de l'incidence des problèmes de santé en contexte des soins primaires. (1)

Ses **deux outils principaux** sont les ressources du système de santé (ressources diagnostiques et thérapeutiques, recours aux spécialistes et autres professionnels de santé) qu'il mobilise en réel pivot des soins, et un mode de consultation spécifique, qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrées par des contacts répétés. Ce rôle de la relation comme véritable outil thérapeutique est une des spécificités de la médecine générale / médecine de famille. (1)

### 2. LA RELATION PATIENT-MEDECIN

#### 2.1. Définitions

**La relation** est définie dans le Larousse comme le « lien existant entre des choses, des personnes ; rapport ». Il s'agit là d'un concept représentant une situation complexe et dynamique (la relation n'est pas « fixe » au cours du temps, mais évolue à chaque interaction entre les deux protagonistes), « procédant d'une subtile alchimie » entre les deux intervenants. Elle a de nombreuses composantes (techniques, cognitives, affectives, etc.) et peut s'exprimer selon de nombreuses modalités. (2) Elle a également une composantes comportementale (verbale et non verbale), principal informateur, pour les parties en interaction sociale sur la personnalité, les émotions, les compétences ou attitudes de l'autre personne. (3)



**La relation patient-médecin** est une modalité spécifique de relation, entre un patient et son médecin, qui s'inscrit donc dans un cadre bien particulier. Ce cadre lui confère des caractéristiques propres (2), variables au cours du temps (cf 2.2.). Il s'agit d'un concept dynamique : La relation s'inscrit dans la continuité des soins, de la naissance jusqu'à la mort du patient (et parfois même après). Elle est transformée par chaque interaction, chaque consultation, qu'elle transforme en retour. (1)

La **confiance**, élément central de la relation patient-médecin, est définie dans le trésor de la langue Française comme la « croyance spontanée ou acquise en la valeur morale, affective, professionnelle... d'une autre personne, qui fait qu'on est incapable d'imaginer de sa part tromperie, trahison ou incompétence ».

## 2.2. Modèles

Une grande partie des modèles proposés se fonde sur la prise de décision médicale et sur le consentement aux soins, et donc implicitement sur le degré d'information donnée dans le but de recueillir ce consentement. Sous ce prisme, la modélisation la plus largement reconnue décrit trois grands modèles relationnels : le **médecin décideur** (modèle « paternaliste »), le **patient décideur** (modèle « consumériste »), et la **décision partagée** (modèle du « partenariat de soins »). (4)

Il existe d'autres modélisations, moins connues. Citons par exemple un modèle basé sur deux axes : le caractère aigu ou chronique de la maladie, et son caractère bénin ou grave. Ainsi, le médecin pourra prendre le rôle d'**expert en charge** dans les situations critiques. Il assumera le rôle d'**expert-guide** dans les situations aiguës moins critiques (par exemple une infection aiguë menaçante). Dans le cadre de maladies plus chroniques, le médecin pourra prendre le rôle de **partenaire**, avec pour mission d'informer et de motiver son patient, et de discuter avec lui des options thérapeutiques, dans le cadre de la réalité psycho-sociale et des croyances du patient. Enfin, dans le cadre d'une maladie chronique ancienne, chez un patient ayant acquis une bonne connaissance de sa maladie et une certaine autonomie dans sa prise en charge, le médecin pourra prendre le rôle de **facilitateur**, ses objectifs seront de compléter la formation du patient, et de l'aider à s'actualiser dans sa prise en charge, voire de le motiver dans le sens des soins. (5)

La relation patient-médecin a été décrite dans un premier temps dans une perspective relativement statique et axée sur la prise de décision et l'information délivrée au patient. Le partenariat de soins, longtemps érigé comme « golden standard »

relationnel, commence à être remis en question dans certaines situations spécifiques. (6,7) Les descriptions ont été enrichies de nouveaux modèles cherchant à intégrer de nouvelles dimensions de la relation : son caractère dynamique, l'information délivrée au médecin par le patient, l'ensemble des modalités de communication (verbale et non-verbale, directe et implicite), etc. (8,9) La perspective sous laquelle la relation est envisagée évolue également, d'un point de vue centré sur la résolution de problème, vers un point de vue cherchant à comprendre comment la souffrance et les symptômes du patients peuvent émerger des interactions mises en jeu entre le patient, son environnement, ses croyances et le récit qui donne sens à son existence. (10–12) Le concept de relation patient-médecin est tellement complexe qu'une description entière et parfaite, universelle, semble illusoire. Quoi qu'il en soit, la relation patient-médecin est au centre de la pratique de la médecine générale / médecine de famille. Et de sa qualité dépendront de nombreuses issues, tant pour le patient que pour le praticien.

## **2.3. Impacts de la qualité relationnelle**

### **2.3.1. sur le patient**

Le paradoxe des soins primaires veut que la relation elle-même ait un effet thérapeutique. Ainsi, les omnipraticiens suivant leurs patients au long cours, et malgré qu'ils appliquent des traitements de qualité moindre que les spécialistes pour chaque problème spécifique, auront de meilleurs résultats en termes de santé globale (dans une perspective holistique de la personne, ainsi que dans une perspective d'équité, de réduction des coûts, et de qualité des soins au niveau sociétal) que la somme des spécialistes dans un contexte de suivi fragmenté. (13)

Les études sont quasiment unanimes quant à l'effet positif d'une relation de qualité à différents niveaux de l'expérience du patient : qu'il s'agisse de paramètres subjectifs, tels que la satisfaction des patients (14,15), comportementaux tels que l'observance thérapeutique (7,8) mais également sur des paramètres biomédicaux tels que la glycémie chez les diabétiques ou la tension chez les hypertendus. (8,16,17). Ces effets bénéfiques de la relation patient-médecin indépendamment des soins biomédicaux apportés ont été rapportés sous le terme de « paradoxe des soins primaires », statuant qu'un suivi longitudinal coordonné par un seul et même intervenant aura de meilleurs résultats en termes de santé globale (dans une perspective holistique de la personne, ainsi que dans une perspective d'équité, de réduction des coûts, et de qualité des soins au niveau sociétal) que la somme des soins apportés par des spécialistes dans un contexte de suivi fragmenté. (13)

### 2.3.2. sur le médecin

Les études explorant les effets de la relation patient-médecin sur le médecin lui-même et sur ses pratiques professionnelles sont bien plus rares. (18) Or il semble que la qualité relationnelle ait bel et bien une certaine influence sur le médecin lui-même.

Cette influence de la relation s'observe tout d'abord sur les pratiques professionnelles. Une relation de qualité étant décrite comme un facteur favorisant l'investissement des praticiens. Certains mettent en garde cependant contre le caractère stéréotypé des contacts avec certains patients connus de longue date, et le risque d'erreur et d'oubli lié au caractère routinier de ces consultations (8).

En termes plus subjectifs, la qualité relationnelle semble étroitement liée à la satisfaction professionnelle ressentie par les médecins, particulièrement lors des suivis au long cours. (19)

## 3. L'ETAT D'ESPRIT LIE AU TRAVAIL : ENTRE BIEN-ETRE ET EPUISEMENT PROFESSIONNEL

### 3.1. Définitions

**Bien-être** : Le bien-être est défini par le Larousse comme le sentiment de satisfaction de ses besoins, ou le fait d'être exempt de besoins et d'inquiétudes. Sur le plan professionnel, le bien-être au travail pourrait donc être considéré comme l'expérience et le sentiment que nous avons lorsque nos attentes et aspirations professionnelles sont bien satisfaites. Dans sa réflexion sur le bien-être, l'OMS commence également par citer la définition de l'Oxford English Dictionary, qui pourrait être traduite comme suit : « un état d'être alliant confort, bonne-santé, et bonheur ». (20) Il s'agit d'une notion complexe incluant des dimensions variées, objectives comme subjectives, comprenant l'expérience de chaque individu de sa propre vie, et l'interprétation qu'il en fait en regard de ses valeurs et de ses normes sociales. (20)

**Mal-être** : il est défini par le Larousse comme un sentiment de profond malaise. La définition y est moins complète que celle du bien-être, mais cette dernière suppose en creux que l'inquiétude, l'anxiété, est étroitement liée à la non-satisfaction de nos besoins ou de nos aspirations. Sur un plan professionnel, le mal-être au travail pourrait donc être défini comme le sentiment éprouvé lorsque nos attentes et aspirations professionnelles restent insatisfaites.

**La résilience**, concernant les personnes, est définie dans le trésor de la langue Française comme la force morale, la qualité de quelqu'un qui ne se décourage pas, ne se laisse pas abattre. Des auteurs ont proposé de la définir comme la capacité à se développer de manière adaptative et proactive en tant que personne malgré des situations de vie défavorables et des éléments générateurs de stress. (21)

**Syndrome d'épuisement professionnel** : Il s'agit d'un concept largement reconnu par la communauté médicale (bien qu'il ne soit pas reconnu comme maladie par les classifications internationales), décrivant une forme particulière de dépression liée au travail qui apparaît lorsqu'une personne est exposée de manière chronique à un déséquilibre entre les facteurs de stress, de résilience, et sa propre capacité. (21)

## 3.2. De l'exposition à divers facteurs vers le ressenti subjectif

### 3.2.1. Facteurs de stress et facteurs de résilience :

L'état d'esprit de tout un chacun, qu'il soit lié au travail ou non, peut être décrit comme la résultante d'un certain nombre de facteurs. Dans le milieu du travail, on parle notamment de « facteurs de stress professionnel » et de « facteurs de résilience ».

Les **facteurs de stress professionnels** sont nombreux et se déclinent à plusieurs niveaux. On peut par exemple les classer dans les catégories suivantes : Intensité et temps de travail, exigences émotionnelles, manque d'autonomie, rapports sociaux dégradés, conflits de valeurs, insécurité de la situation de travail. (21,22) En ce qui concerne les médecins généralistes, un certain nombre de ces facteurs sont inhérents à la profession (caractère émotionnel de la rencontre avec le patient, empathie nécessaire à l'exercice de la médecine et difficultés à trouver le juste équilibre, responsabilité vis-à-vis du patient, etc.), tandis que d'autres sont circonstanciels ou liés à l'environnement de travail (charge administrative importante, isolement professionnel, horaires de travail, limitation des ressources, autonomie de plus en plus restreinte, qualité des rapports avec patients et spécialistes, etc.). (23,24) Ces éléments concourent à un décalage entre les attentes vis-à-vis de la profession et la réalité quotidienne, décalage perçu par beaucoup comme véhicule de souffrance au travail. (25) Certains auteurs rapprochent ce décalage avec une certaine rupture du contrat social qui a longtemps existé entre la société et la profession médicale. (26)

De la même manière, nombreuses sont les descriptions des facteurs protecteurs, ou « **facteurs de résilience** ». Parmi ces facteurs, certains semblent avoir un poids particulièrement important. Il s'agit surtout de la dimension hautement relationnelle de la profession (relations avec les patients, les confrères, etc.), les caractéristiques de la pratique quotidienne (variété de la pratique, stimulation intellectuelle, etc.) et les paramètres administratifs (secrétariat efficace par exemple). (27) Le sens que l'on donne à notre travail semble un facteur important de bien-être professionnel. (28) En ce qui concerna la relation, un certain nombre d'études pointent sur l'importance, pour que cette relation fasse sens et soit pleinement source de bien-être, des suivis au long cours et de la continuité de ces suivis. (8,19)

### 3.2.2. Bien-être et mal-être professionnel :

Le bien-être au travail est une composante très spécifique du bien-être. Ses définitions sont très variées : balance entre affects positifs et négatifs, cohérence entre l'individu et la nature du travail, concept bidimensionnel alliant une part affective liée à l'expérience subjective quotidienne et une part cognitive liée à la prise de conscience que son travail ait un sens, etc. Citons la définition de l'OMS concernant le « bien-être sur le lieu de travail » : il s'agit d'un « état d'esprit dynamique caractérisé par une harmonie satisfaisante entre les aptitudes, les besoins et les aspirations du travailleurs d'une part, et les contraintes et les possibilités du milieu de travail d'autre part ». (29)

Plusieurs modèles explicatifs du mal-être au travail ont été proposés, et peuvent être regroupés sous deux approches principales. La première approche, centrée sur la perception du travail, stipule que le mal-être au travail est avant tout causé par la perception qu'ont les individus de leur travail au quotidien. (29) Une seconde approche, centrée sur l'organisation du travail, propose que c'est l'organisation objective du travail qui est source de mal-être pour les travailleurs. Parmi les théories adoptant cette approche, le modèle « demande – contrôle » de Karasek est l'un des travaux précurseurs ayant donné naissance à la notion de burnout. Il postule que le stress professionnel résulterait d'un déséquilibre entre les facteurs de demande psychologique, la latitude décisionnelle, et le soutien social. Un autre modèle organisationnel met en balance les efforts (intrinsèques et extrinsèques) aux récompenses (matérielles, sociales ou symboliques). (29)

Les tentatives de définition et de modélisation de ce continuum entre bien-être et mal-être professionnel sont donc nombreuses et variées. Nous retiendrons qu'il existe une dimension objective résultante de l'exposition à un ensemble de facteurs positifs ou négatifs, et une dimension subjective liée à la perception qu'a chaque individu de sa réalité professionnelle.

### 3.3.3. Le syndrome d'épuisement professionnel, et l'épanouissement au travail :

L'asymétrie ici est flagrante. Les articles concernant le syndrome d'épuisement professionnel font légion, quand ceux concernant un hypothétique concept inverse sont inexistants.

L'une des formes les plus extrême et complète du mal-être au travail a été décrit sous le vocable « syndrome d'épuisement professionnel », ou burn-out. Il s'agit d'un processus dynamique résultant d'un déséquilibre prolongé entre l'exposition à des facteurs de stress et le développement de facteurs de résilience. En cas d'excès des facteurs de stress, la réponse physiologique se fait en 3 phases : l'alerte, la résistance, et enfin l'épuisement. La phase d'épuisement représente l'aboutissement de ce déséquilibre chronique : la personne, complètement vidée de ses réserves, n'a plus la capacité de fournir la surcharge de travail qui lui est demandée. Cet épuisement s'exprime alors par un vécu « d'effondrement de soi » et par la sensation d'être complètement vidé de sa capacité physique, de ses émotions, de ses pensées. Le modèle de référence, décrit par Maslach, inclut trois dimensions au burnout : l'épuisement (physique, psychique, émotionnel), la dépersonnalisation (ou déshumanisation de la relation à l'autre), et la perte du sentiment d'accomplissement personnel. (21,24)

Le milieu de la santé, toutes professions confondues est particulièrement touché par l'exposition au stress professionnel et connaît un taux particulièrement élevé de burnout. (30) Les médecins, et à fortiori les généralistes, sont particulièrement touchés par le problème (23) : comparé à la population générale, ils présentent une prévalence plus élevée de pathologies liées au stress, d'anxiété, de dépression, de consommation de psychotropes et de suicides (31), ainsi qu'un risque de burnout plus élevé. (28) Concernant le syndrome d'épuisement professionnel : 3 à 4% des médecins généralistes présenteraient un syndrome complet. Mais les chiffres détaillés concernant les 3 composantes du burn-out sont plus inquiétants : 75% des médecins généralistes en ville présenteraient au moins un signe d'épuisement professionnel. Un score d'épuisement émotionnel élevé était retrouvé chez 23% d'entre eux ; un score de dépersonnalisation élevé chez 19.6%, et un score d'accomplissement personnel réduit chez 10.6% d'entre eux. (31)

Dans une tentative d'explorer la question sous une perspective plus positive, une enquête réalisée dans le département de la Loire a montré un score moyen de satisfaction professionnelle de 6.4/10 chez les généralistes. Le facteur qui semble le plus significatif dans l'insatisfaction des praticiens est une certaine déception vis-à-vis de leurs espérances concernant leur vie professionnelle. (32)

Ainsi, c'est une proportion relativement élevée des médecins généralistes qui souffre au moins partiellement de stress lié au travail, et les scores de satisfaction au travail des généralistes, bien que positifs, sont loin d'être au beau fixe.

Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature francophone ou anglophone de concept inverse se faisant le corollaire du syndrome d'épuisement professionnel, et décrit de manière aussi riche et complète. Le concept d'épanouissement au travail, peu étudié, pourrait être cité. En effet, le Larousse définit « s'épanouir », entre autres définitions, comme l'acquisition de la plénitude de ses facultés intellectuelles ou physiques, définition que l'on pourrait opposer à la dimension d'épuisement physique, psychique et émotionnel du syndrome d'épuisement professionnel. Le concept anglophone de « fulfilment », défini par le Cambridge Dictionary comme la « sensation de plaisir parce qu'on est satisfait de ce que l'on fait, ou de ce que l'on a fait » pourrait être cité comme la corollaire de la perte d'accomplissement personnel du syndrome d'épuisement professionnel. Mais ces concepts semblent peu étudiés dans le détail et c'est surtout le bien-être professionnel qui est l'objet d'un nombre croissant d'études.

### 3.3. Les conséquences du bien-être ou du mal-être professionnel sur le praticien :

#### 3.3.1. Sur la santé des praticiens

**Les manifestations du syndrome d'épuisement professionnel** se traduisent aussi bien sur un plan physiques (pathologies cardio-vasculaires, céphalées, insomnies...) (24,30), psychique (fatigue, anxiété, irritabilité, troubles de l'attention et de la mémoire, retrait affectif, troubles du sommeil, perte de motivation ; susceptibilité accrue à la dépression, aux idées suicidaires et à la consommation de substances psycho-actives) (21,24,28), que sur un plan plus global (diminution de la qualité de vie, niveau de moral plus bas, moindre satisfaction professionnelle et ressenti accru du stress au travail) (28).

Le **bien-être et le sentiment d'épanouissement personnels**, quant à eux, sont associés à de meilleures issues en terme de santé mentale chez les praticiens. (33)

### 3.3.2. Sur les pratiques professionnelles

Plusieurs auteurs pointent du doigt le fait que le burnout et l'épuisement professionnel, notamment à travers les troubles de la concentration et de l'attention qu'ils véhiculent, sont susceptibles d'être vecteurs de diminution des performances professionnelles, d'erreurs médicales, et de moindre satisfaction des patients. (21,30,34)

En ce qui concerne les pratiques professionnelles, notons que la continuité relationnelle et des relations considérées comme ayant du sens, permettent au contraire de ne pas se laisser déborder par des mécanismes de défense autrement délétères. (21,23)

Certains auteurs ont décrit un modèle cyclique du burnout : l'épuisement professionnel altère la qualité relationnelle (dépersonnalisation des soins, temps moindre passé avec chaque patient), la satisfaction des patients, leur observance, et leurs issues de santé, ce qui en retour, vient majorer le stress professionnel des praticiens. (30)

Le bien-être des praticiens, quant à lui, est associé à une meilleure qualité des soins (avec notamment une diminution du taux d'erreurs médicales), de meilleures pratiques professionnelles et une meilleure satisfaction des patients. (35)

### 3.3.3. Sur le système de santé

Les praticiens souffrant de burnout sont plus enclins à déclarer penser à changer d'activité professionnelle. (36) Ils consomment plus d'arrêts de travail ce qui concoure à une diminution des ressources globales de santé. (24) La charge de travail et l'exposition aux facteurs de stress des médecins sont associés à des difficultés de recrutement et de maintien dans la filière. (21) Le niveau d'épuisement des professionnels de santé est également corrélé au taux de turnover hospitalier. Il est négativement corrélé au niveau d'engagement des professionnels de santé. (30)

On peut assumer que le modèle cyclique du burn-out se reproduit à un niveau systémique : plus les médecins souffrent, plus ils se désengagent de la profession à travers arrêts de travail, temps partiels, voire réorientation professionnelles ; et plus les ressources de santé deviennent limitées, rendant la pratique de la profession plus difficile et plus stressante pour les praticiens restants. (34)



Les débats concernant l'amélioration du système de santé ont vu, depuis quelques années, apparaître un nouvel objectif : la promotion de la santé et du bien-être des praticiens. (35)

Dans ce contexte, il nous a semblé particulièrement pertinent de chercher à mieux cerner les interactions existant entre le bien-être ou le mal-être des praticiens et cet élément central de la pratique professionnelle qu'est la relation patient-médecin.

#### **4. HYPOTHESE ET OBJECTIFS DE L'ETUDE**

S'agissant d'une étude qualitative, nous n'avons pas énoncé d'hypothèse à vérifier.

L'objectif principal de cette étude était d'explorer en détail la manière dont l'état d'esprit du médecin en termes de bien-être ou de mal-être d'une part, et la relation patient-médecin d'autre part, s'influencent l'un et l'autre, en faisant émerger des concepts correspondant à des facteurs intermédiaires médiateurs de cette influence.

## METHODOLOGIE

### 1. CHOIX DU TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude qualitative visant à explorer les liens et facteurs intermédiaires entre la relation patient-médecin d'une part, et le mal-être ou le bien-être ressenti au travail par le médecin d'autre part. Le recueil a été réalisé via des entretiens individuels semi-directifs, menés jusqu'à saturation des données.

La relation entre deux personnes, et le bien-être des sujets étant fondamentalement subjectifs et hautement dépendants de l'environnement dans lequel ils s'inscrivent, le choix d'une méthodologie qualitative est particulièrement pertinent. L'approche qualitative est en effet la plus adaptée à l'exploration des processus relationnels, ainsi qu'à l'exploration de phénomènes émotionnels et sentimentaux, donc subjectifs, tels que le bien-être ou le stress. De plus, les liens entre la relation patient-médecin et l'état d'esprit des soignants a été relativement peu étudiée, et la méthodologie qualitative est également appropriée dans ce contexte afin de dégager de nouvelles pistes de réflexion et de recherche.

Nous avons choisi d'effectuer notre recueil via des **entretiens individuels** semi-structurés, qui permettent d'explorer la question et ses thèmes plus en profondeur, plus en détail. Le climat d'intimité facilite le partage du vécu ou d'enjeux personnels profonds. Ainsi, ils peuvent permettre de découvrir et d'explorer des thèmes qui n'auraient pas été mis en avant lors des entretiens de groupe. Ils permettent d'explorer des points plus sensibles, plus délicats, plus personnels.

L'ensemble de ces entretiens s'appuyait sur un guide d'entretien, formé de questions très ouvertes. Ce guide permettait, via son ouverture, de laisser place à la parole et à l'expression libre des idées, voire de faire apparaître de nouvelles pistes de réflexion. Son caractère structuré permettait d'explorer exhaustivement les thèmes dégagés préalablement.

## 2. POPULATION DE L'ETUDE ET PLAN DE RECRUTEMENT

La population étudiée était les médecins généralistes libéraux pratiquant en Loire-Atlantique.

Les critères d'inclusion étaient : être généraliste, pratiquer en cabinet libéral, et la non-opposition à la participation à l'étude après information sur le protocole de l'étude.

Les critères de non-inclusion étaient : refus de l'enregistrement, liens personnels ou professionnels avec l'enquêteur, les médecins remplaçants.

Les participants ont été recrutés par appels téléphoniques. Leurs contacts ont été sélectionnés sur les listes disponibles sur le site [ameli.fr](http://ameli.fr).

Le sujet de l'étude n'a pas été communiqué lors de cet appel, afin de limiter le biais de sélection (accepter ou refuser de participer car le sujet de l'étude plaît ou déplaît au participant) et afin de favoriser la spontanéité lors des entretiens, qui pourrait être gênée par des recherches ou une réflexion en amont de l'entretien de la part des participants. Toutefois, nous évoquons les thèmes explorés (à savoir la relation patient-médecin, et le bien-être) après plusieurs refus systématiques liés à l'absence d'annonce du sujet. La garantie de confidentialité et d'anonymat a été énoncée une première fois lors de ces appels téléphoniques. Les caractéristiques servant à choisir les participants (échantillonnage raisonné) et donc à typer l'échantillon ont été recueillies lors de cet appel téléphonique.

L'échantillonnage a été réalisé de manière raisonnée, c'est-à-dire dans le sens d'une variabilité maximale d'un certain nombre de caractéristiques (cf partie « données étudiées »). Ces caractéristiques seront donc recueillies dès l'appel téléphonique de recrutement.

Les modalités de recrutement étaient susceptibles d'être modifiées en cours d'étude, s'il y a lieu.

Le nombre d'entretiens à réaliser n'a pas été défini à priori, et les entretiens ont été interrompus lorsque nous avons atteint la saturation des données.

### 3. DONNEES ETUDIEES

#### 3.1. Caractéristiques des participants

Les données recueillies lors de l'appel téléphonique de recrutement, visant à caractériser les participants, étaient les suivantes :

- Âge, sexe
- Exercice rural ou citadin
- Nombre d'années d'exercice
- Situation maritale et nombre d'enfants
- Niveau d'exposition au stress professionnel (entre 0 et 10) ; niveau de satisfaction professionnelle (entre 0 et 10)

Nous nous sommes assurés qu'aucun ensemble de données concernant un participant n'était identifiant.

#### 3.2. Guide d'entretien

Il visait à structurer les interventions de l'enquêteur. Il était composé de questions-types reflétant les différents thèmes et sous-thèmes à explorer. Ces questions étaient ouvertes. Il a été élaboré à partir de problématiques soulevées lors de l'étude de la littérature en amont de l'étude, en restant focalisé sur les objectifs de l'étude. Il a systématiquement été révisé, s'il y avait lieu, après l'analyse de chaque nouvel entretien. Au total, le guide a été révisé 2 fois.

Il commençait par une question très ouverte sur un format narratif, dans le but d'instaurer un climat de confiance, et d'amorcer l'élaboration d'un discours chez les participants.

Le guide a été révisé 2 fois. Ses versions initiales et finales sont disponibles en annexes 1 et 2. Les deux révisions du guide visaient à : ouvrir un peu plus les questions, notamment en évitant d'induire une partie de réponse dans la question ; explorer des concepts plus génériques et englobant les concepts manichéens utilisés précédemment (état d'esprit au lieu de bien-être / mal-être).

## 4. RECUEIL DES DONNEES

Les entretiens ont suivi un scénario systématique :

- Présentation de l'enquêteur et du sujet de la thèse
- Rappel de l'anonymat et de la confidentialité et de l'enregistrement, les enregistrements seront détruits à la fin de l'étude
- Echanges avec les participants
- Vérification des caractéristiques des participants recueillies au téléphone
- Remerciements

### 4.1. Les entretiens pilotes

Deux entretiens individuels pilotes ont été réalisés en amont du recueil effectif. Ils visaient à s'assurer de la compréhensibilité des questions du guide d'entretien. Au terme de ces entretiens pilotes, le guide d'entretien a été modifié une première fois.

### 4.2. Les entretiens du recueil

Ils étaient réalisés dans un lieu à la convenance des participants. La plupart ont eu lieu dans le bureau médical du cabinet des participants, un entretien en salle de pause au cabinet du participant, et deux entretiens au domicile des participants.

Après la question d'ouverture, l'ordre dans lequel les questions étaient posées était flexible, et s'adaptait dans la mesure du possible aux réponses précédentes du participant (en « rebondissant » sur un élément de réponse), afin de favoriser la fluidité et le sens de naturel de la conversation.

Des outils de relance et d'approfondissement ont également été utilisés, tels que répétitions (pause active, relances neutres par reformulation ou répétition, reflet : « vous avez parlé de ... », questions de précision ou d'approfondissement). Une attitude de neutralité bienveillante, et un réel investissement dans les entretiens, ainsi qu'un profond désir de comprendre le discours des participants, plus qu'une recette préétablie, ont également permis de favoriser un discours libre et en profondeur.

L'enquêteur a noté, lors des entretiens les éléments de communication non-verbale qui lui ont semblé pertinents.

## 5. ANALYSE DES DONNEES

Les entretiens ont été retranscrits en verbatims le jour même de l'entretien ou le lendemain. Cette transcription a été faite de manière littérale, sans corriger les erreurs grammaticales. Chaque participant s'était vu attribuer un identifiant anonyme. Une fiche a été réalisée, pour chaque entretien, comprenant les identifiants associés aux caractéristiques du participant, et le verbatim de l'entretien. La durée des entretiens, et le nombre de mots dans les verbatims, reflète le volume d'informations échangées, ont été consignés à la fin de chaque fiche. L'analyse est faite à la lumière des caractéristiques de chaque participant.

Ces verbatims ont été analysés dans la foulée, avant réalisation de l'entretien suivant.

Les verbatims ont été analysés selon le principe de la phénoménologie interprétative, qui s'intéresse aux données subjectives issues de l'expérience des sujets par rapport au thème étudié : Cette méthode comporte une première phase de **lecture globale** de chaque verbatim, destinée à bien s'imprégner de la singularité de l'entretien, en conservant une perspective globale sur le transcrit. Une seconde phase de **commentaires initiaux**, sous forme de codes, analysant tous les concepts et toutes les idées pertinentes par rapport au sujet exploré. Ces commentaires peuvent être de type descriptif, linguistique et conceptuel. Nous avons cherché par la suite à faire émerger des thématiques plus générales. Ces thématiques, bien qu'émergeant à un niveau conceptuel, doivent rester proches de la réalité vécue du participant, du phénomène. Une fois que différents thèmes ont été dégagés des commentaires initiaux, nous avons recherché une connexion entre ces thèmes. Cette connexion a été représentée à l'aide de schémas, disponibles en annexes 3 à 7.

Chaque nouvel entretien a été analysé de manière indépendante des entretiens précédents. Au fil des entretiens, une dernière étape a cherché à faire émerger des schémas récurrents. Au terme de toutes ces étapes, une théorie explicative du sujet étudié a été proposée.

Après chaque analyse, la question a été posée quant à la pertinence du guide d'entretien et d'éventuelles modifications.

Le recueil a été interrompu à saturation des données.

Notre analyse a été triangulée pour deux entretiens sélectionnés au hasard. Ces analyses ont été réalisées indépendamment par l'enquêteur et le directeur de la thèse. Les résultats ont été comparés pour s'assurer de la reproductibilité du codage.

L'analyse sera effectuée à l'aide du logiciel MaxQDA®.

## 6. ASPECTS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES

L'anonymat et la confidentialité ont été garanties, une première fois lors du recrutement, puis au début de chaque entretien.

Nous nous sommes assurés que les données recueillies dans le tableau 1 ainsi que les verbatims n'étaient pas identifiantes.

Les fichiers audio étaient versés du magnétophone vers un disque dur externe le jour-même de l'entretien. Ces fichiers audios, ainsi que les verbatims, et les fiches d'analyses des entretiens étaient tous stockés sur deux disques durs externes, gardés sous clefs lorsqu'ils n'étaient pas utilisés.

Une déclaration de conformité à la MR004 a été faite auprès de la CNIL.

Notre travail a été enregistré au répertoire public des études menées sous MR auprès du HDH.





## RESULTATS

### 1. DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON

L'échantillon se composait de 12 médecins généralistes travaillant en cabinet libéral.

Ils étaient âgés de 29 à 70 ans. Les hommes (3/12) comme les femmes (9/12) ont été représentés. Les lieux d'exercices étaient ruraux (3/12), citadin (8/12) ou mixtes avec une activité partagée entre milieu rural et citadin (1/12). La durée d'exercice en tant que praticien titulaire, installé dans un cabinet libéral, allait de 3 mois à 39 ans. Les participants étaient en couple pour la plupart (10/12), célibataires (1/12) ou veuf (1/12). Ils avaient entre 0 et 4 enfants. Le niveau de satisfaction professionnelle allait de 5/10 à 10/10. Le niveau d'exposition au stress professionnel allait de 3/10 à 8.5/10.

La durée des entretiens était comprise entre 12 minutes 48s et 69 minutes 52s, pour une durée moyenne de 29 minutes et 49s.

Tableau 1. Principales caractéristiques des participants :

	Âge (ans)	Sexe	Lieu d'exercice	Durée d'exercice installé(e)	Situation maritale	Nombre d'enfants	Niveau de satisfaction professionnelle (/10)	Niveau d'exposition au stress professionnel (/10)	Durée de l'entretien
F1	36	F	Citadin	3 mois	Couple	2	8	4	19 :55
F2	39	F	Citadin	7 ans	Couple	2	7	7.5	12 :48
F3	38	F	Citadin	7 ans	Couple	2	8	7	24 :21
F4	29	F	Rural	4 mois	Couple	0	8	4	16 :45
F5	51	F	Citadin	16 ans	Couple	2	5	7.5	67 :13
F6	34	F	Citadin	5 ans	Célibataire	0	9	3	69 :52
F7	50	F	Citadin	17 ans	Couple	2	7.5	8.5	16 :26
F8	37	F	Citadin	7 ans	Couple	1	7.5	5.5	42 :56
F9	65	F	Citadin	34 ans	Veuve	0	N/R	8	19 :43
H1	43	M	Rural	2 ans	Couple	2	10	4	22 :34
H2	70	M	Rural	39 ans	Couple	4	8	8	28 :20
H3	61	M	Rural ET Citadin (2 cabinets)	30 ans	Couple	1	9.5	3	27 :00

## 2. LE MEDECIN A UNE INFLUENCE SUR LE PATIENT :

### Résumé :

L'état d'esprit et le comportement du médecin ont une influence sur l'état d'esprit et le comportement du patient. Cette influence a été décrite de manière plutôt manichéenne, comme plutôt positive, ou plutôt négative.

### Sur le versant négatif :

C'est surtout le comportement du médecin qui a été décrit. Un comportement marqué par une certaine nervosité, des critiques et remontrances, un recadrage du comportement du patient, un manque d'écoute et une certaine hâte, un signalement, un refus de prise en charge et des erreurs médicales sont susceptibles de provoquer une réponse émotionnelle et comportementale négative chez le patient. La réponse émotionnelle semble principalement marquée par de l'incompréhension, de l'insatisfaction, de la tristesse, de la colère et de la nervosité. La réponse comportementale, elle, est marquée par des critiques, une rupture de la relation, voire un signalement à l'ordre des médecins.

Concernant l'état d'esprit du médecin, un certain mal-être est susceptible de rendre l'interaction désagréable pour les deux intervenants.

### Sur le versant positif :

Un comportement d'écoute et de réassurance, de l'investissement et de la disponibilité, un comportement détendu, « à l'aise », le sourire et l'humour sont susceptibles de provoquer une réponse émotionnelle et comportementale positive chez les patients. La réponse émotionnelle est marquée par de la satisfaction, de l'apaisement, et une certaine confiance dans la qualité des soins prodigués. La réponse comportementale, elle, est marquée par une attitude agréable (sourire, humour) et de la reconnaissance (compliments). Notons que certains comportements (fatigue, agacement, remontrances et menaces de rupture du suivi) du médecin qui pourraient être mal perçus par le patient sont tout de même susceptibles de déclencher une réponse positive.

Un état d'esprit du médecin marqué par du bien-être, du calme et de la confiance en soi sera susceptible d'inspirer apaisement, confiance et satisfaction chez le patient.

## 2.1. Le comportement du médecin a une influence sur l'état d'esprit du patient

### 2.1.1. Influence négative sur les l'état d'esprit du patient

Une certaine **nervosité** du médecin peut entraîner chez le patient une **incompréhension**, voire une **insatisfaction**, ainsi qu'une certaine **tristesse**, et peut contribuer à une **perte de crédibilité du médecin** aux yeux du patient. Des explications quant aux origines de la nervosité peuvent prévenir l'apparition du certain ressenti chez le patient.

- « Bah pourquoi elle s'énerve ? Moi je veux juste les réponses à mes questions... » Et au final c'était contreproductif parce que moi je passais pour une conne, et eux ils n'étaient pas satisfaits ou ils ne comprenaient pas pourquoi c'était si compliqué » (F6) ;
- « Y'a quand même des gens avec qui je me suis braquée, ce qui n'arrive pas normalement. Et j'ai même fait pleurer des gens » (F5) ;
- « Bah pourquoi elle s'énerve ? [...] Et au final c'était contreproductif parce que moi je passais pour une conne » (F6) ;
- « Ça m'est arrivé plusieurs fois de m'énerver sur des patients, mais ils ne m'en voulaient pas trop mes patients parce que quand je m'énervais je leur expliquais que c'était parce que c'était dans leur intérêt » (F6)

Des **critiques** et des **remontrances** de la part du médecin sont susceptibles d'être perçues comme un **jugement de valeur** et de déclencher **tristesse et déplaisir** chez le patient.

- « Et je lui ai dit un truc c'était au téléphone, et je lui ai dit un truc comme « à chacun ses valeurs [...] Mais euh, elle a ressenti que je lui renvoyais qu'elle était une mauvaise personne [...] et elle s'est mise à pleurer » (F5) ;
- « Je pense qu'il n'a pas aimé lui, se faire engueuler » (F6)

Un **recadrage du patient** par le médecin est susceptible de déclencher de la **surprise**, de la **vexation**, voire de la **tristesse** chez le patient. Ce recadrage peut être perçu comme un **jugement de valeur**.

- « J'ai fait pleurer deux personnes en leur disant que là les limites étaient dépassées [...] Et des gens qui ne s'attendaient pas à un tel discours de moi, qui suis plutôt souple normalement, ont été vexés, y'a une dame qui a cru que je la prenais pour une mauvaise personne, ce n'était pas ça » (F5)

Un **manque d'écoute** de la part du médecin est susceptible de déclencher de l'énerverment chez le patient.

- « Les gens qui arrivent tout énervés là, souvent c'est parce que ils ne se sont pas sentis écoutés. » (F6)

Une certaine **hâte** dans le comportement du médecin est susceptible de déclencher un sentiment d'oppression, et l'impression d'être mal pris en charge, chez le patient.

- « Des fois je leur disais « mais en fait je n'ai pas toute la journée, donc dites-moi ce qui ne va pas parce que faut qu'on avance quoi ». Mais je trouve ça oppressant pour eux. « Ah le médecin n'a pas le temps de s'occuper de moi », du coup je trouve que ça implique un peu bah « on est moins bien soignés parce que du coup le médecin n'a pas le temps et du coup il va moins bien se concentrer sur mon cas » » (F6)

Un **refus de prendre en charge** le patient est souvent déclencheur d'incompréhension chez le patient.

- « Et puis je leur dis « vous savez, je ne suis pas obligé de vous soigner ». Ils ne comprennent pas là. » (H2)

Une **erreur médicale** (ou la perception par les patients d'une erreur médicale) est susceptible de déclencher de la colère chez les patients.

- « Euh, y'a une famille qui est partie, parce que j'ai fait une erreur [...] la famille s'est fâchée rouge contre moi »

### 2.1.2. Influence positive sur les l'état d'esprit du patient

Un **comportement d'écoute** semble avoir nombre d'effets bénéfiques sur l'état d'esprit du patient. Nous le mentionnons en premier car c'est le seul comportement qui a été décrit comme influençant le patient sur les trois items émotionnels qui seront mentionnés plus bas, à savoir l'apaisement, la satisfaction, et l'impression d'une certaine qualité des soins.

- « Ils finissent par redescendre parce qu'ils ont surtout besoin qu'on les écoute » (F6) ;
- « Mais ils sont contents qu'on les écoute » (F6) ;
- « Ils ont plus l'impression que « ok il m'a bien écouté là, donc il va bien me soigner » » (F6)

Un certain nombre de comportements de la part du médecin sont susceptibles de provoquer un **apaisement** du patient. Outre l'écoute mentionnée plus haut, il s'agit de **l'humour**, d'un **comportement détendu**, d'une **réassurance du patient**, d'une **attitude de soin** (« on s'occupe d'eux »), et du fait de **prendre le temps** pour la consultation.

- « En fait ouais souvent je désamorçe un peu sur l'humour quoi » (F6) ;
- « Si moi je suis détendue, je suis bien, je suis à l'heure et je suis calme, bah je peux plus facilement prendre du recul moi, et laisser le patient redescendre doucement » (F6) ;
- « La plupart du temps ça finit comme ça, ils finissent par redescendre parce qu'ils ont surtout besoin qu'on les écoute et qu'on les rassure, ou qu'on s'occupe d'eux quoi » (F6) ;
- « J'en ai eu plein des comme ça [...] qui arrivaient tout stressés, tout énervés, et tu dis « bon on va faire le point on va prendre le temps », et effectivement quand ils repartaient ça allait mieux » (F6)

De la même manière, un certain nombre de comportements de la part du médecin sont susceptibles de provoquer une **satisfaction** chez le patient. Outre l'écoute mentionnée plus haut, il s'agit de **l'investissement** et la **disponibilité** du médecin, un comportement **« à l'aise »**, et **souriant**.

- « Mais j'ai essayé de tout faire pour l'améliorer, et il était content et il est reparti très content » (F6) ;
- « Donc j'ai plus envie de leur expliquer des choses, donc eux ils sont contents, ils remercient, euh, ils partent avec le sourire » (F6) ;
- « Qu'on est à l'aise qu'on est souriants [...] bah ils sont contents aussi en général » (F6) ;
- « Voilà, d'être présente pour elle. Donc elle m'a dit à la fin qu'elle se sentait en confiance, et, et, qu'elle était contente qu'il y ait quelqu'un pour la prendre en charge. » (F1)

Enfin, un certain nombre de comportements sont à l'origine d'une certaine **confiance du patient quant à la bonne qualité des soins**. Outre l'écoute, mentionnée plus haut, il s'agissait du **sourire**, de l'expression par le médecin du plaisir d'être là, et du **temps accordé au patient**.

- « Mais les gens ils ont l'impression que ça marche mieux, parce que y'a du temps de passé, on a fait le repérage, ils ont vu l'image, ils savent qu'on est au bon endroit » (F6)
- « Qu'on est à l'aise qu'on est souriants, qu'on aime ce qu'on fait, bah ils sont contents aussi en général, et je pense qu'ils ont l'impression d'être mieux soignés quand même. » (F6)

## 2.2. Le comportement du médecin a une influence sur le comportement du patient

### 2.2.1. Influence positive sur le comportement du patient

Des comportements traditionnellement perçus comme positifs de la part du médecin semblent susceptible de déclencher des comportements perçus comme positifs de la part du patient.

Le **sourire**, de la part du médecin, est susceptible de favoriser une attitude agréable chez le patient, avec des sourires, de l'humour, et des conversations variées.

- « Moi j'ai besoin de passer un bon moment donc quand je les accueille avec le smile tout ça voilà, eux ils sont cool et ils vont avoir tendance à être plus agréables, ils vont être souriants, des fois faire des blagues, ou on va parler d'autres sujets et tout » (F6)

Prendre le **temps de donner des explications** aux patients est susceptible de leur faire exprimer de la reconnaissance, à travers des compliments au médecin, et de repartir avec le sourire.

- « Donc j'ai plus envie de leur expliquer des choses, donc eux ils sont contents, ils remercient, euh, ils partent avec le sourire » (F6)

D'une manière moins instinctive, des comportements qui pourraient être perçus comme négatifs de la part du médecin sont susceptibles de déclencher des comportements perçus comme positifs de la part du patient.

Ainsi, un comportement du médecin exprimant manifestement une certaine **fatigue**, notamment dans la communication non-verbale, est susceptible de provoquer des comportements bienveillants de la part des patients.

- « Particulièrement les patients schizophrènes parce qu'ils n'ont pas de filtres « bah vous êtes fatigués » ... [...] Donc même si tu as le discours, y'a le langage corporel, y'a le truc... « euh prenez soin de vous quand même docteur » » (F5)

La manifestation d'un certain **agacement**, voire une **réflexion** faite au patient, est susceptible de provoquer des excuses de la part du patient.

- « Je lui avais fait une réflexion, il m'a dit « oh vous savez quoi je suis désolé euh, ça vous agace et je le vois bien, bon bah je vais m'excuser je vais vous offrir quelque chose » » (F3)

Une **menace de rupture de suivi** du patient par le médecin est susceptible d'entraîner une amélioration globale du comportement du patient.

- « Je dis « bah écoutez, faut changer de médecin quoi », elle me dit « bah, pour aller où ? ». Je dis ok, bon bah vous restez mais maintenant on est copines. Donc elle c'était rigolo, puis maintenant elle est mignonne avec nous. » (F5)

### 2.2.2. Influence négative sur le comportement du patient

Le fait de faire un **signalement** concernant le comportement d'un patient est susceptible de déclencher des critiques, une plainte auprès de l'ordre, voire une rupture de la relation par le patient.

- « Et donc il est arrivé au cabinet en disant qu'il allait porter plainte contre moi, que j'avais rompu la relation de confiance qu'il avait envers moi, et voilà, il m'a envoyé plein de choses pas très sympas dans la figure alors que je n'ai fait que mon travail, puisque je n'ai fait que reporter ce que m'avait déclaré sa femme. » (F2) ;
- « J'ai une dame qui est partie parce que j'avais fait une information préoccupante pour sa fille. » (F5)

Le fait d'établir un **jugement de valeur négatif** concernant un patient est susceptible de le conduire à protester contre l'attitude du médecin.

- « Et j'ai dit un truc à cette dame « bon à chacun ses valeurs », ce qui sous-entendait « vous c'est chacun pour votre pomme, et vous laissez les autres faire les efforts ». Et elle ne m'a rien dit. Et après elle m'a rappelé au téléphone, c'était au temps des téléconsultations, et elle m'a dit « ce n'est pas bien ce que vous avez fait, c'est pas bien de dire ça aux gens ». » (F5)

Le fait de **rompre le suivi** d'un patient est susceptible de provoquer une certaine indignation chez ce dernier.

- Une fois y'a une dame je lui ai dit voilà, les bornes étaient dépassées, je dis bah en fait là, il va falloir que ça s'arrête entre nous, elle dit « quoi ? mais on n'a jamais vu ça, on a jamais vu ça un médecin qui... ».

Certains éléments comportementaux venant du médecin sont susceptibles de provoquer des **comportements associés à la colère** chez le patient. Les participants ont cité deux exemples : le fait de proposer des objectifs thérapeutiques inappropriés par le patient peut provoquer chez lui un certain énervement ; et le fait d'opposer un refus à certaines demandes est susceptible de provoquer de l'agressivité.

- « La même consult tu peux la faire 4 5 fois d'affilée, tu fais la même, donc t'as les mêmes arguments, les gens ont les mêmes arguments, et donc ça ne va pas... Ca fait qu'à la fin tout le monde s'énervé, toi tu dis « il comprend rien celui-là », et le patient s'énervé genre « elle me prend la tête avec sa coloscopie » » (F5) ;
- « Donc j'ai refusé de signer sa demande de certificat MDPH, et il n'a pas apprécié, ça c'est mal passé, et il a été agressif » (F2)

Un certain nombre d'autres éléments comportementaux venant du médecin sont susceptibles de **provoquer une rupture de la relation** par le patient. Dans notre étude, les éléments mentionnés par les participants, en plus du fait de faire un signalement concernant le patient, étaient le fait de se braquer contre le patient, de commettre une erreur, ou encore de proposer des objectifs thérapeutiques inappropriés.

- « Parce que en fait ils vont se barrer, ils vont avoir passé 4 mois chez toi, et ça n'aura pas avancé, ou peut-être que ça aura avancé ils vont se dire « bon ». Tu peux mettre des graines, mais, si en fait tu finis par te braquer » (F5) ;
- « Euh, y'a une famille qui est partie, parce que j'ai fait une erreur » (F9) ;
- « Si toi tu n'arrêtes pas de leur prendre la tête sur les coloscopies, et qu'ils en ont marre de faire les... bah c'est bon quoi... elle n'arrête pas de me parler de ça... C'est bon j'arrête... » (F5)

Enfin, un **refus de prise en charge** est susceptible de conduire le patient à porter **plainte auprès de l'ordre des médecins**.

- « Et le monsieur ne voulant pas quitter le cabinet, j'ai fini par appeler la police. Alors ce n'était pas vraiment une consultation, mais c'était une dame que j'avais déjà vu en consultation pour sa grossesse, que j'acceptais de prendre en rendez-vous en urgence ¾ d'heure après l'heure d'arrivée alors qu'elle n'avait pas rdv. Et ma secrétaire s'est fait agresser, et je me suis fait agresser. Et donc ça c'était très désagréable. Y'a eu une suite où monsieur a porté plainte au conseil de l'ordre. » (F1)

Notons enfin qu'un médecin qui a connu un antécédent de burn-out nous a signalé que des plaintes de sa part quant à son état de santé se butaient à une certaine indifférence de la part de la patientèle.



- « Mais euh, c'est là que j'ai réalisé qu'ils n'ont pas d'empathie pour nous. Parce que quand je me plaignais un peu que je disais « ah je suis fatiguée c'est dur nin nin nin », les gens s'en foutent. J'ai trouvé que les gens s'en foutaient vraiment dans la patientèle. » (F6)

### 2.3. L'état d'esprit du médecin a une influence sur l'état d'esprit du patient

L'état du médecin, tant physique que psychique, est perçu par le patient, et semble avoir une influence sur ses émotions et son comportement. Les participants ont notamment mentionné le fait que le **bien-être**, la **fatigue**, la **nervosité** et le **stress** peuvent être perçus, et ce malgré que les praticiens tentent parfois de le dissimuler au patient.

- « Je ne sais pas ils voient que je suis contente quoi » (F6) ;
- « J'essaie que les patients ne le ressentent pas, mais j'ai... j'ai eu quelques remarques des fois « vous êtes irritable, vous êtes énervée, vous êtes fatiguée », bah oui ça arrive que le médecin soit lui aussi, euh, fatigué, malade. Donc euh, si ça doit impacter. » (F1) ;
- « Ils ressentent ça, notre stress » (F6)

L'influence plus ou moins directe de l'état d'esprit du médecin sur l'état d'esprit du patient a surtout été décrite dans une perspective positive.

Ainsi, un **bien-être** chez le médecin serait susceptible de concourir à une meilleure impression quant à la qualité des soins, et à une certaine satisfaction chez le patient.

- « Les gens en fait quand ils sentent qu'on est contents, qu'on est bien, qu'on est à l'aise qu'on est souriants, qu'on aime ce qu'on fait, bah ils sont contents aussi en général, et je pense qu'ils ont l'impression d'être mieux soignés quand même » (F6)

D'une manière similaire, une **confiance en soi de** la part du médecin est susceptible d'inspirer une certaine confiance chez le patient, ainsi qu'une meilleure satisfaction.

- « Alors qu'une fois que je savais effectivement traiter ces situations, bah je me sentais plus à l'aise, la consult se déroulait de manière plus fluide, le patient se sentait plus en confiance, et donc moi je me sentais capable de parler d'autres choses, beaucoup plus légères, d'être moins en retard, moins fatiguée, et c'est vmt le cercle vertueux du patient satisfait, content » (F8)

Enfin, un **état d'esprit calme et détendu** chez le médecin serait susceptible de favoriser l'apaisement du patient.

- « Alors que si moi je suis détendue, je suis bien, je suis à l'heure et je suis calme, bah je peux plus facilement prendre du recul moi, et laisser le patient redescendre doucement » (F6)

D'une manière plus négative, un certain **mal-être** chez le médecin peut rendre la consultation désagréable également pour le patient.

- « Enfin. Quand les patients sentent que le médecin n'a pas envie d'être là, ça met un peu un côté lourd sur la consultation et désagréable pour tout le monde. » (F6)

### 3. LE PATIENT A UNE INFLUENCE SUR LE MEDECIN :

#### Résumé :

La personnalité, l'état d'esprit et le comportement du patient ont une influence sur l'état d'esprit et le comportement du médecin. Là encore, la description a été relativement manichéenne, en termes absolument positifs ou négatifs.

Contrairement au chapitre précédent, la personnalité du patient a été mentionnée : Proche de celle du praticien, elle serait alors source de bien-être pour le médecin. Trop différente de celle du médecin, ou décrite comme anxieuse, manipulatrice, impulsive, ou marquée par un excès de confiance en soi, elle serait alors véhicule de mal-être pour le praticien.

Sur un versant négatif :

Les comportements décrits de la part des patients ont été extrêmement variés. Il pouvait s'agir d'un manque de respect du médecin ou du cadre de la relation, de demandes inadaptées ou trop nombreuses, de comportements perçus par le médecin comme exerçant une contrainte sur lui (agressivité, violence, menace, impatience, insistance), d'un comportement exigeant voire tenant du consumérisme de soins, d'un manque de reconnaissance (expression d'une insatisfaction pouvant aller jusqu'à la rupture de la relation, méfiance quant aux compétences du médecin pouvant aller jusqu'au manque de compliance voire à l'opposition aux soins, déni de concepts considérés comme vrais par le corps médical), de mauvaise foi ou d'un manque de soin de soi.

La réponse comportementale du médecin peut alors être marquée par une mise sur la défensive, de la nervosité voire de l'agressivité, un manque de gentillesse voire un comportement carrément revancharde (ce qui est perçu à distance comme source de mal-être pour le praticien), des réflexions faites au patient pouvant aller jusqu'au jugement de valeur, un recadrage du comportement du patient. Face à des demandes perçues comme inadaptées, les médecins ont décrit pouvoir refuser d'accéder à ces demandes comme pouvoir parfois y céder, comportement perçu comme tenant de la prestation de service, ce qui est alors source de mal-être pour eux. Enfin, la réponse du médecin peut aller jusqu'à la rupture du suivi du patient.

La réponse émotionnelle du médecin, elle, est principalement marquée par le ressenti d'un certain mal-être, mais également par de la fatigue, du stress, de la colère, de la culpabilité, de la vexation, une perte de confiance en soi et envers le patient, une peur du conflit.

Concernant l'état d'esprit du patient, le ressenti d'un certain mal-être, de stress, de douleur ou de tristesse sont susceptibles de provoquer du mal-être chez le praticien. Un manque de confiance de la part du patient est également susceptible de provoquer du mal-être chez le médecin, qui peut aller jusqu'à une rupture de la relation.

Sur un versant plus positif :

Un comportement sympathique (le sourire a été mentionnée de manière très récurrente), une certaine reconnaissance, une valorisation (le fait d'exprimer l'idée que le médecin « ait fait une différence » dans la vie du patient était considéré comme le summum de la reconnaissance et de la valorisation), l'expression de la confiance tant en termes de confidences que de complaisance, le respect du cadre de la relation, une attitude bienveillante et le fait de montrer de l'intérêt pour le médecin en tant que personne ont été décrits comme susceptibles de déclencher une réponse émotionnelle et comportementale positive.

Sur le plan comportemental, la réponse du médecin peut s'exprimer par une plus grande disponibilité, ou par des remerciements.

La réponse émotionnelle a quant-à-elle été principalement décrite en termes de bien-être, mais également par un gain de confiance en soi de la part du médecin.

Concernant l'état d'esprit du patient, un sentiment de bien-être, de confiance envers le médecin, ou de satisfaction sont susceptibles d'inspirer du bien-être chez le médecin, et de le motiver à adresser des remerciements aux patients.

Un certain nombre d'éléments concernant le patient, et liés étroitement à la relation ont été mis en avant par les médecins comme ayant une influence sur leurs propres émotions et comportements.

La **personnalité des patients**, condition de leurs réactions émotionnelles et comportementales, a été citée comme un élément pouvant concourir au bien-être des praticiens. Les éléments de personnalité cités comme source de bien-être étaient le fait d'avoir une **personnalité proche de celle du médecin**, et une certaine **ouverture d'esprit**.

- « Donc je vois que les patients qui ont un peu la même personnalité que moi, ça se passe bien, parce qu'on essaye de se plaire » (F8) ;
- « Et en fait il me rappelait beaucoup mes parents, et je ne sais pas, j'étais attachée » (F2) ;  
« Parce que pour moi, ma patientèle doit me ressembler » (H1) ;
- « Euh il y a des patients déjà, dans leur manière d'être, qui sont plus ouverts les uns par rapport aux autres. [...] Ce qui fait qu'évidemment la consultation est assez agréable oui » (H1)

A contrario, un certain nombre d'éléments de la personnalité des patients, perçus comme « **antipathiques** » peut être une source de mal-être pour les médecins.

- « Déjà si je sens les gens antipathiques, hein, ce qui arrive rarement. On va dire que le courant ne passe pas, hein. Il a le droit de pas passer. Et bah je me mets un petit peu en arrière et puis... Je suis sur mes gardes (H2) »

Une **personnalité différente de celle du médecin**. Cet élément a été cité par un médecin qui se décrivait comme quelqu'un d'empathique, qui recherchait des relations apaisées, avec un certain effort pour être agréable en toute circonstance, et avec une certaine peur de décevoir l'autre ; ainsi, une personnalité plus « froide » était perçue comme source relationnelle de mal-être.

- « Et puis après y'a vraiment quelque chose de l'ordre de la différence de personnalité, c'est-à-dire que moi je me rend compte que y'a des gens qui sont pas autant attachés que moi, enfin qui ont une personnalité qui va plus être de dire ce qu'ils pensent, de faire la gueule si ils sont pas en forme, là où moi je vais toujours, même si je suis pas en forme, être plutôt souriante, dire bonjour aux gens de manière plutôt chaleureuse, ouais être plutôt dans la recherche d'une relation apaisée, ou d'un compromis, et donc je vois que les patients qui ont un peu la même personnalité que moi, ça se passe bien, parce qu'on essaye de se plaire, enfin c'est pas le bon mot plaire, mais une relation où on déçoit pas, où... Et je vois bien qu'avec des patients qui sont pas du tout sur ce mode-là, y'a quelque chose qui se cogne, parce que je ne comprends pas leur façon de réagir, ou leur froideur, ou leur façon de dire quand ils ne sont pas d'accord. » (F8)

Les autres éléments de personnalités du patient perçus comme source de mal-être pour le praticien étaient :

- Une **personnalité très anxieuse** peut être difficile à gérer par certains médecins, qui ont affirmé avoir du mal à « recevoir » cette anxiété : « Les gens très anxieux me mettaient en difficulté parce que je me suis retrouvée à raconter plusieurs fois des choses et en fait le point commun c'était l'anxiété [...] je pense que je n'arrive pas à recevoir ça » (F3)
- Une **personnalité manipulatrice** : « c'est une patiente qui était sous Subutex®, mais elle avait mille problèmes, c'était un dossier très compliqué. Adorable, mais, très manipulatrice je pense » (F6)
- Un **tempérament impulsif** : « J'ai toujours eu un peu peur de lui. Très impulsif. Où je sentais bien qu'il ne fallait pas faire un pas de travers si je ne répondais pas à sa demande » (F2)
- Un excès de **confiance en soi**, un patient décrit comme « trop sûr de soi » : « Il était dur à supporter, je pense parce qu'il avait des problèmes psychiatriques qui font qu'il est très sûr de lui » (F5)

### 3.1. Le comportement du patient a une influence sur les l'état d'esprit du médecin

#### 3.1.1. Influence positive sur l'état d'esprit du médecin :

Une **attitude sympathique et agréable** de la part du patient est susceptible de susciter du bien-être chez le médecin.

- « Mais du coup ça me fait du bien, oui parce qu'ils sont sympas avec moi » (F5)

Une attitude sympathique est décrite selon plusieurs composantes : Elle tient d'abord dans le **langage non-verbal**, notamment à travers le **regard** et le **sourire**. Elle passe par un **comportement respectueux**, une **attitude paisible**, le **sens de l'humour**, de la **bonne humeur**, de l'**honnêteté** et du **respect**. Un patient manifestement **content de voir son médecin** est également perçu comme sympathique.

- « Un beau regard, ce sera une source de bien-être » (H3) ;
- « Bah, moi j'ai besoin que les gens soient souriants, et réagissent un peu à l'humour, que, je ne suis pas très sérieuse en consultation » (F6) ;
- « Euh, et puis aussi je crois le respect du travail » (F3) ;
- « Enfin je suis sérieuse quand il faut l'être, mais j'aime bien quand la consultation est détendue » (F6) ;
- « Je ne sais pas, toujours de bonne humeur » (F2) ;
- « C'est dans la joie que peut exprimer le patient, même s'il n'est pas bien, de me voir » (F7)
- « Des gens sympas je dirais c'est des gens honnêtes, qui me respectent, et que je respect, ce qui fait que ça fait une relation que je trouve bien. » (F5)

La **reconnaissance et la valorisation** exprimée par le patient est également un élément de communication, source de bien-être, cité par un grand nombre des participants. Cette reconnaissance peut passer par des **compliments et des retours positifs** qui renforcent la confiance en soi des médecins, des **remerciements**, la **validation** des propos du médecin, **par le souhait du patient d'être suivi au long cours par le médecin**, ou encore la demande par un patient que le médecin **suive ses proches**. Les **cadeaux** offerts par les patients peuvent être perçus comme une marque de reconnaissance (notons qu'ils sont parfois aussi perçus comme une injonction manipulatoire, et alors plutôt associés aux relations sources de mal-être, nous y reviendrons). Notons que le fait que le patient exprime le fait que son médecin ait « **fait une différence** » dans sa vie, ce qui tient de la valorisation et de la reconnaissance, a été décrit comme la source d'un « sentiment de bien-être ultime ».

- « Euh... Des éléments de relation qui sont source de bien-être... Euh, dans l'interaction, la relation avec le patient, après ça va être une reconnaissance de mon travail, éventuellement des paroles, des remerciements de la part des patients c'est toujours bon à prendre. » (F7) ;
- Et c'est une dame qui a répétition en consultation me dit « en tout cas merci, mon entourage me dit que j'ai un super médecin, donc ça vient flatter un peu l'égo évidemment » [avec un sourire voilé], des fois ça fait du bien. [Rire]. » (F3) ;
- « Le père était prof de sciences nat donc il validait ce que je disais » (F9) ;
- « C'est-à-dire que quand on est médecin traitant d'un patient, qu'on a une demande pour suivre le conjoint, la fille, etc. je me dis que c'est parce qu'ils sont satisfaits qu'ils demandent ça » (F3) ;
- « Et il m'a dit « de toute façon docteur, quand je vous avais vu la première fois, je vous avais dit que vous iriez jusqu'au bout, et bah voilà, c'est fait » (F2) ;
- « Des cadeaux parfois qu'ils nous apportent, euh, j'accepte toujours volontiers, euh, parce que pour eux j'ai de l'importance, donc c'est sûr que ça valorise mon travail. » (F7) ;
- « C'est une des rares qui ait posé ces mots-là de dire « à ce moment-là de ma vie, ça a changé quelque chose » ... Ca je dirai que c'est le sentiment de bien-être ultime. » (F8)

La **confiance** accordée par le patient au médecin est également un élément souvent cité. Certains affirment même qu'il s'agit de l'élément relationnel le plus important qui apporte du bien-être. Cette confiance s'exprime notamment dans les **confidences** que les patients vont faire à leur médecin, mais également dans **l'approbation des conseils du médecin**.

- « En premier c'est la confiance, pour moi c'est hyper important » (F3) ;
- « De sentir la confiance, de sentir la confiance qui fait que les gens finissent par dire » (F9) ;
- « Enfin qui ne remettent pas en cause tout ce qu'on leur propose. Qui ne mettent pas en échec ce qu'on leur propose. Qui ont confiance dans ce que je leur conseille. » (F2)

La **compliance** est également un élément source de bien-être, sans qu'elle ne soit forcément rattachée au concept de confiance par tous les participants.

- « il acceptait tout ce que je lui proposais sans poser de problème et. Et ouais il ne cherchait pas à nous embêter ou quoi que ce soit quoi » (F2) ;
- « Sur le plan échange c'est une relation où on n'a pas l'impression d'imposer les choses aux gens, mais où à l'inverse on ne se sent pas coincé dans nos décisions » (F4)

Un certain **respect du cadre** de la consultation est également cité comme source de bien-être chez les praticiens. Un point important est la ponctualité. Mais ce respect du cadre peut aussi passer par le fait d'avoir les documents attendus sur soi, ou encore par la ponctualité ou le fait d'avoir des demandes perçues comme adaptées par le médecin.

- « La sécu me demande sa carte d'identité, elle a sa carte d'identité, ça c'est une source de bien-être quoi. » (H3) ;
- « Euh, caractéristique, quelqu'un qui arrive à l'heure. Si elle arrive en retard ça serait plutôt une source de mal-être, parce que ça met sous pression » (H3) ;
- « source de bien-être, c'est quand les gens sont dans une demande qui me paraît adaptée » (F8)

Le fait d'avoir un **comportement bienveillant** et de montrer de **l'intérêt** pour le médecin en tant que personne n'était décrit comme source de bien-être

- « Euh prenez soin de vous quand même docteur ». Mais du coup ça me fait du bien, oui parce qu'ils sont sympas avec moi. » (F5) ;
- « Ou quand on prend de nos nouvelles. Tout bête, je reviens de vacances, les gens « c'était bien vos vacances ? » bah ça fait plaisir en fait » (F4)



### 3.1.2. Influence négative sur les l'état d'esprit du médecin :

Les participants ont été relativement précis quant aux conséquences des comportements des patients sur leur état d'esprit, avec des descriptions plus riches que les influences positives qui se traduisent principalement en « bien-être ».

Le **manque de respect** est perçu comme un élément relationnel particulièrement véhicule de mal-être. Il peut s'agir d'un **manque de respect du médecin lui-même**. Ce manque de respect ressenti par le médecin peut s'exprimer par un **comportement trop familier** (patient intrusif, qui prennent beaucoup de place et font comme chez eux) ; une certaine **désinvolture**, voire de la **provocation**, un comportement perçu comme **odieux** et **égocentrique**. Il peut enfin s'exprimer par une certaine **impolitesse**.

- « Non c'est vraiment quand y'a de l'irrespect » (F9) ;
- « Bah ça, l'irrespect, ce que moi j'appelle l'irrespect, alors que les gens font ça je pense parce qu'ils sont centrés sur eux » (F9) ;
- Mais qui m'a toujours mise mal à l'aise, parce qu'un peu trop dans le... un peu trop dans la camaraderie en fait, avec une tendance à me poser des questions persos, un monsieur qui prend beaucoup de place en consultation, et qui de temps en prend beaucoup aussi, parce qu'il arrive systématiquement en retard, et qu'ensuite il s'étale dans sa consultation » (F3) ;
- « C'est-à-dire oublie des rendez-vous, arrive en retard, avec une désinvolture enfin, moi je suis baba... » (F9) ;
- « Mais c'était quelqu'un la relation était déjà difficile, et qui me provoquais, et donc je dirai, quand je parle de respect, qui me provoquais exprès » (F5) ;
- « Et du coup qui a été odieux » (F4) ;
- « Elle venait mais elle faisait la gueule toute la consult, sans dire bonjour ni au revoir » (F8)

Mais il peut également s'agir d'un **manque de respect du cadre** de la relation patient-médecin. Cet irrespect du cadre peut se traduire par :

- des **demandes trop nombreuses** pour une seule consultation,
- un **oubli des rendez-vous**,
- des **retards** qui sont particulièrement source de tension pour les médecins,
- un comportement **envahissant**,
- des demandes de **consultation sans RDV**.

Un certain nombre de médecins déclarent ressentir un malaise dans ces situations notamment à cause de la **difficulté pour eux de reposer le cadre**, dans la **peur d'un conflit** avec le patient.

- « Euh, le fait de ne pas respecter le cadre, c'est-à-dire, pour moi le retard c'est quelque chose de compliqué. [...] ça impacte euh, et puis quand je suis en retard je suis plus tendue en consultation » (F3) ;
- « Et donc quand les gens viennent avec 10 motifs, sans aucun égard de qui on est nous en tant que médecins généralistes... » (F9) ;
- « Mais y'a un des conjoints qui est affreux pour moi, c'est-à-dire oublie des rendez-vous, arrive en retard, avec une désinvolture enfin, moi je suis baba... » (F9) ;
- « Le classique envahissement, ça ça fait partie quand même de l'irrespect. Les mails... » (F9) ;
- « Donc elle s'est présentée au cabinet alors qu'elle n'avait pas rdv » (F1)
- « Mais sauf que sur le long terme on ne peut pas tenir comme ça il faut les cadrer, mais elle j'avais plus la force de la cadrer. Euh... Et je n'aime pas trop le conflit donc j'ai du mal à cadrer les gens » (F6)

Les **comportements ne respectant pas une juste distance** (qui sont à rapprocher des comportements ne respectant par le cadre de la relation patient-médecin) dans la relation ont également été décrits comme sources de mal-être chez les praticiens. Il pouvait s'agir d'attaques personnelles contre le médecin, de patients qui « prennent trop de place », ou encore de patients trop familiers ou trop intrusifs.

- « Je vais avoir beaucoup de mal aux gens qui attaquent personnellement [...] ça c'est inconfortable. » (F4) ;
- « Un patient avec qui jusqu'à présent ça se passait bien, mais qui m'a toujours mise mal à l'aise, parce qu'un peu trop dans le... un peu trop dans la camaraderie en fait, avec une tendance à me poser des questions persos, un monsieur qui prend beaucoup de place en consultation, et qui de temps en prend beaucoup aussi, parce qu'il arrive systématiquement en retard, et qu'ensuite il s'étale dans sa consultation. » (F3)

Un **comportement de séduction** de la part des patients est susceptible de provoquer du mal-être chez le praticien.

- « Après j'ai eu le doute qu'avec des hommes qui m'ont dit que voilà ils étaient attirés [...] Y'a eu d'autres cas où j'étais un peu, effectivement, déstabilisée. » (F7)

Les **demandes des patients** ont été régulièrement citées. Trop nombreuses, elles génèrent stress, agressivité, colère et fatigue chez le praticien. Inadaptées, elles génèrent un certain malaise, ainsi que de la colère et de la nervosité.

- « Quand ils commencent à arriver avec 15 motifs, en fait bah moi ça me stressait, et je voyais que je n'avais pas le temps de le gérer, et je disais « pourquoi en fait, pourquoi euh j'ai l'impression que j'avais un poids qui me tombait sur la tête, genre « POURQUOI ?! ». Et du coup je leur, enfin, je les gérais de manière un peu agressive, je disais « [ton exaspéré] vous croyez vraiment que moi, sur une consultation, mon cerveau il peut gérer ces 15 motifs là ? Vous croyez que c'est facile pour moi, en 20 minutes, de gérer de la gynéco, de la dermato, de la pédiatrie machin et après vous me parlez de votre gosse qui est malade ? Ce n'est pas

possible, en fait ça me semblait évident que c'était impossible, et ça me mettait en colère (F6) ;

- « Sauf qu'il me prenait toujours mille ans, et moi ça me bouffait mon énergie, parce que pour le coup ça partait tout le temps dans tous les sens. » (F6) ;
- « Je suis pas du tout à l'aise avec le conflit, j'ai du mal à dire non, et à la fois quand on me demande des choses que je ne juge pas adaptées, à la fois je vais avoir du mal à dire non, et à la fois je sens que ça va me mettre en colère ou m'agacer » (F8)

Les éléments les plus souvent cités peuvent être regroupés sous le concept de **contrainte**. Le médecin se sent forcé de répondre à des **exigences** du patient qu'il considère comme inadaptées.

- « Les patients sont, moi je trouve hein, parfois de plus en plus exigeants. Il y en a d'autres qui vont arriver : « oui mais j'ai vu telle personne, il faut que j'aies tel médicament, je veux tel médicament » » (H1) ;
- « Ou quand nous à l'inverse on a l'impression de se faire imposer le truc quoi » (F4)

Cette **contrainte** peut s'exercer de différente manière :

- Un comportement colérique, marqué par la **violence** et l'**agressivité**, la **nervosité**, qui peuvent même aller jusqu'à la **menace**. Ces comportements sont générateurs de stress, qui peut se reporter sur les consultations futures avec une mise sur la défensive du médecin :
  - « Car elle ne parlait pas Français, donc c'est son mari qui était assez agressif, qui a commencé par agresser ma secrétaire, sur le fait qu'il avait RDV à 11h, que ce n'est pas normal d'attendre ¾ d'heure pour une femme enceinte qui n'était pas bien » (F1) ;
  - « Euh, bah je me suis sentie menacée physiquement » (F1) ;
  - « J'étais, du coup toujours un petit peu sur la défensive en disant voilà « est-ce qu'ils vont s'énerver, pas s'énerver » » (F7)
- Par une certaine **insistance** qui peut tenir du **harcèlement** :
  - « Vraiment déplaisante, c'est genre euh troisième message de la secrétaire : « vous a déjà appelé trois fois, demande toujours l'ordonnance » » (F4) ;
  - « J'ai une patiente, dès qu'elle franchit le seuil de la porte, il faut de l'amoxicilline. Sinon elle ne sort pas du cabinet » (H1) ; « je suis consternée, des gens qui bossent dans l'industrie, dans l'entreprise, qui sont harcelés, qui viennent parler de harcèlement, et qui sont capables de me dire « mais vous ne pourriez pas faire ça » » (F9)
- Par la **manipulation**, qui est décrite comme un comportement d'apparence sympathique mais dans le but que cette sympathie entraîne des réponses positives çà des demandes parfois inadaptées. Notons que les **cadeaux** offerts par les patients peuvent être perçus comme une **injonction manipulative** à accepter les demandes du patient :

- « J'ai l'impression que c'est quand on se sent manipulés, [...] c'est-à-dire que c'est quelqu'un qui va être très, au début de la relation extrêmement chaleureux, très gentil, et puis qui après va commencer à faire des demandes qui sont de plus en plus inadaptées » (F8) ;
  - « C'était un peu, enfin, ils me faisaient un peu des compliments, et du coup bah moi j'étais contente, et du coup des fois ils en profitaient pour demander plus quoi, et ça j'aime pas du tout cette sensation » (F6) ;
  - « Oh vous savez quoi je suis désolé euh, ça vous agace et je le vois bien, bon bah je vais m'excuser je vais vous offrir quelque chose », et effectivement il était revenu avec un cadeau. Ce qui du coup met aussi une espèce d'injonction de « bah il faut m'accepter tel que je suis », euh, ça je n'aime pas beaucoup. » (F3)
- Par de **l'impatience** :
- « Genre « a pris RDV chez le dermato pour cette après-midi, voulait le courrier pour hier » » (F4) ; « J'en ai eu si des gens qui rentrent, qui ne me disent pas bonjour, qui s'installent, qui commencent à hausser le ton, qui sont impatients (H2)
- Par des **reproches** : «
- Moi j'ai encore eu le cas avec une dame, hier là, qui me reproche les délais » (F7)
- Par la **menace de quitter le médecin** :
- « Et lui il m'a dit si ça continue je vais changer de médecin. » (F5)

Le **manque de reconnaissance** dans les **compétences** et dans **l'investissement** du médecin sont également particulièrement perçus comme source de mal-être professionnel.

- « Ouais, ouais, après je me rappelle quand j'étais en médecine générale j'avais peut-être de la reconnaissance, mais moins par rapport aux efforts que je fournissais » (F6) ;
- « Et donc quand je pensais aux gens qui avaient passé leur week-end de Pâques à la Beaujoire ou dans des gymnases, euh, à faire des vaccins le lundi de Pâques, voilà c'était... » (F5) ;
- « J'étais jeune, enfin je leur semblais jeune, j'ai une tête de jeune, et les vieux qui venaient de région parisienne qui avaient un vieux médecin à l'ancienne et qui me voyaient, j'avais un problème de crédibilité au début » (F6) ;
- « Ou qui pensent savoir, qui pensent avoir des compétences médicales, et qui du coup vont se mettre dans une posture de sachant » (F3)

Ce manque de reconnaissance peut se faire par l'expression régulière d'un **manque de satisfaction** de la part du patient, ce qui est véhicule de types de mal-être variés suivant sa forme.

- Ainsi, des **reproches** de la part du patient sont susceptibles de véhiculer de la culpabilité et un mal-être chez le médecin :
  - o « « Pourquoi vous n'êtes pas là plus au cabinet ? » [...] moi j'ai culpabilisé de ça aussi » (F6) ;
  - o « Ou des réflexions [...] ça, ça met mal à l'aise » (F7)
- Une **rupture de la relation par le patient** est susceptible de provoquer une perte de confiance du médecin envers le patient, une vexation et un mal-être chez le médecin :
  - o Et le monsieur revient cette année. [...], et je lui dis « ça fait longtemps que je ne vous avais pas vu », et là bah je lui ai dit « ben, moi j'ai plus confiance » » F9 ;
  - o « En fait peu après il a changé de médecin pour un collègue à moi, et là j'étais un peu vexée » (F6) ;
  - o « Mais ça m'affecterait quelqu'un qui se barre euh... » (F5)
- Un **dépôt de plainte** par le patient est susceptible de provoquer une perte de confiance en soi et une remise en question, un sentiment d'injustice et du stress chez le médecin qui en est l'objet :
  - o « Un patient qui porte plainte, enfin voilà, et on disait c'est dingue comme notre confiance en nous peut être ébranlée en quelques secondes » (F8) ;
  - o Et puis le jour où il est venu me dire qu'il porte plainte [...] voilà c'est du stress en plus, une remise en question aussi, sur ma façon de faire, ce que j'aurai pu faire mieux. Voilà et, je me dis que j'ai autre chose à faire que de penser à de telles questions alors que j'ai juste voulu les aider. » (F2)

Mais le manque de reconnaissance dans les compétences du médecin peut également s'exprimer par une certaine **méfiance dans les compétences du médecin** ou du système de santé en général est susceptible de véhiculer du mal-être chez le médecin. Cette méfiance peut s'exprimer par des recherches parallèles et une remise en question des propositions du médecin. Ces comportements ont été décrits comme « insupportables », et comme source de fatigue pour le médecin. Notons que contrairement au concept de confiance qui se décline en « facilité à se confier » et en « validation des conseils du médecin », la méfiance n'a été exprimée que comme un manque de validation des conseils médicaux.

- o « Euh, les gens qui sont très méfiants, alors pas forcément avec moi, mais qui vont avoir une méfiance vis-à-vis des médicaments, de ce qu'on va pouvoir proposer, qui vont toujours aller vérifier, à chercher, ou qui pensent savoir, qui pensent avoir des compétences médicales, et qui du coup vont se mettre dans une posture de sachant. Alors c'est pas du tout que je veux

avoir le dessus, c'est juste qu'à un moment on est là pour aussi les informer, et que y'a des infos qu'ils n'ont pas. Donc ça, ça peut être désagréable pour moi. » (F3) ;

- « Par rapport à celui qui arrive en disant « bah vous avez mis ça mais j'ai vu sur internet que ça, que ça », moi je suis une vieille médecin sur le départ, et c'est insupportable. » (F9) ;
- « Je pense à un monsieur qui nous met beaucoup de bâtons dans les roues. [...] ça c'est difficile pour moi, ça me demande beaucoup d'énergie en fait. Je crois que je suis fatiguée. » (F9)

Ce manque de reconnaissance des compétences médicales peut passer par une forme de **déni de certaines idées** considérées comme vraies par le corps médical, et de **banalisation** d'éléments considérés comme graves par le médecin. Ces comportements ont été décrits comme source de fatigue pour les médecins.

- « Et là ça y est on est repartis sur le déni et ça, ça m'épuise, le déni... » (F9) ; « Bah je ne supportais pas en fait. Je ne supportais pas les gens qui « voilà faut pas en faire tout un foin », « ça va le covid, c'est bon ça va » » (F5)

Le manque de reconnaissance et de validation des compétences du médecin peut se traduire par une certaine **inefficacité de la pédagogie médicale**.

- « Malgré l'éducation réalisée... Je suis là depuis bientôt deux ans, et je l'ai eue, j'ai encore regardé, parce que c'est encore euh elle y'a pas longtemps qui m'a encore appelé, elle sort d'ici sans antibiotiques, mais pourtant elle va rappeler la plateforme pour demander l'antibiotique » (H1)

Il a été mentionné par un des médecins interrogés que la perception de la reconnaissance exprimée par le patient pouvait **dépendre du plaisir ressenti au travail**.

- « Après sur cette histoire de reconnaissance j'arrive vraiment pas à savoir si, en fait, quand j'étais en med gé, y'avait plein de trucs qui m'intéressaient pas, donc je faisais le truc parce que c'était mon rôle, mais j'étais obligée de le faire, et les gens me remerciaient quand même, y'en a quelques-uns qui me remerciaient c'est sûr, mais je pense que j'étais tellement saoulée que je prenais même pas les remerciements pour moi : « oui c'est bon allez next », alors que là, comme je suis contente de faire ce que je fais, bah c'est chouette d'être remerciée pour ce qu'on est contents de faire, c'est cool en fait, c'est les vacances un peu. Et je pense qu'en fait en quantité je n'ai peut-être pas plus de merci mais c'est que je les reçois différemment. » (F6)

Cette méfiance vis-à-vis des conseils médicaux peut aller jusqu'à une réelle **opposition aux soins**, via un **manque de compliance** plus ou moins marquée ; et qui peut s'exprimer par une **insatisfaction constante** vis-à-vis des conseils médicaux. Ces éléments ont également été décrits comme source de mal-être professionnel.

- « Je pense à un monsieur qui nous met beaucoup de bâtons dans les roues » (F9) ;
- « Et bah le but c'était quand même qu'elle retourne à l'école, moi j'essayais de mettre en place un suivi psycho et ils n'y allaient pas » (F6) ;
- « Il était dur à supporter, je pense parce qu'il avait des problèmes psychiatriques qui font qu'il est très sûr de lui, jamais content, il sait tout. (F5)

La **mauvaise foi** de la part des patients est susceptible de provoquer de la nervosité chez le médecin.

- « Il est arrivé avec 20 minutes de retard. Et il me dit « ah mais c'est votre digicode qui ne marche pas », c'est comme le déni, je crois que je ne supporte pas. Bon voilà je me suis énervée. » (F9)

Un **comportement perçu comme « odieux »** est susceptible de véhiculer du mal-être chez le praticien.

- « Qui a été odieux avec la secrétaire, mais à un degré pas acceptable. Du coup mes collègues ne voulaient plus le voir, moi je me suis retrouvée à le voir... ça c'était source d'inconfort » (F4)

L'ensemble des éléments décrits ci-dessus décrivent des comportements plus ou moins directement en rapport avec le médecin. Deux éléments de comportements ont été rapportés comme véhicules de mal-être dans la relation, qui ne concernent pas des comportements adressés au médecin.

Tout d'abord, le **manque de soin de soi**, qui est un comportement vis-à-vis de soi-même, mais qui peut être à rapprocher d'un manque de confiance ou de crédit dans les conseils médicaux.

- « Ou alors quand même, y'a un truc qui me chagrine, c'est les gens qui se mettent leur... Qui ne font pas attention à eux. Diabète, obésité, surtout syndrome métabolique. [...] parce que je suis médecin je pense, et que j'ai un sens du corps à respecter, enfin je trouve que c'est hyper important. On a eu un corps, je ne sais pas par qui hein, mais on a été dotés d'un corps qui est absolument génial, et du coup quand je vois que les gens n'entendent pas, par exemple diabétiques... » (F9)

Et enfin, le **comportement des patients vis-à-vis de leurs proches**, et notamment de leurs enfants a été cité comme potentiellement source de mal-être.

- « C'est une dame qui a des addictions, et évidemment je savais qu'elle avait des addictions, et plus elle me disait qu'elle était mal, plus je m'inquiétais pour sa fille. » (F5)

## 3.2. Le comportement du patient a une influence sur le comportement du médecin

### 3.2.1. Influence positive sur le comportement du médecin

Un **comportement agréable** de la part du patient est susceptible de motiver le médecin à lui accorder plus de disponibilité, notamment en lui fournissant des explications plus complètes.

- « Ils vont avoir tendance à être plus agréables, ils vont être souriants, des fois faire des blagues, ou on va parler d'autres sujets et tout, donc j'ai plus envie de leur expliquer des choses » (F6)

L'expression de la confiance via des **confidences** de la part du patient sont susceptibles de faire le médecin remercier le patient.

- « Par exemple hyper souvent je remercie les gens de leur confiance [...] Plein de fois, en particulier quand les gens ils se sont confiés. » (F5)

### 3.2.2. Influence négative sur le comportement du médecin

L'**agressivité** tout d'abord est susceptible de provoquer différents comportements plutôt négatifs chez le médecin : une certaine « défense » qui peut se traduire par une agressivité de la part du médecin lui-même et qui peut persister en dehors du cabinet, une demande d'aide d'une tierce partie comme la police, voire une rupture de la relation patient-médecin.

- « Quand on commence à me brusquer, je me brusque aussi » (H2) ;
- « Donc c'est vrai que je faisais attention après en rentrant chez moi, à pas aller directement chez moi » (F1) ;
- « Mais des fois c'était un peu chaud, auparavant je travaillais dans une autre région, avec des zones de deal à proximité... Ah sisi, bah j'ai oublié, si si quand même, des gens, des hommes très agressifs, en crise de délire, et là j'appelais la police qui ne venait pas. Donc j'appelais l'ambulancier du coin » (F9) ;
- « Bah j'en ai eu un, voire deux, à qui j'ai rendu leur dossier euh, parce qu'ils montraient de l'agressivité » (F7)



Un **manque de respect du cadre** est susceptible de provoquer une perte de la gentillesse du médecin voire une rupture de la relation patient-médecin.

- « Voilà, quand la limite des bornes est dépassée, le docteur B. qui est d'habitude très sympa et très gentille et cool, les gens ils ont été un peu surpris quand tout d'un coup euh, ça passe de l'autre côté parce que mes limites sont passées. » (F5) ;
- « Une fois y'a une dame je lui ai dit voilà, les bornes étaient dépassées, je dis bah en fait là, il va falloir que ça s'arrête entre nous » (F5)

Ce manque de respect du cadre peut s'exprimer par des **demandes inadaptées ou trop nombreuses**, elles sont alors source de nervosité chez le médecin :

- « Quand on me demande des choses que je ne juge pas adaptées, à la fois je vais avoir du mal à dire non, et à la fois je sens que ça va me mettre en colère ou m'agacer » (F8) ;
- « Parce que pour le coup ça partait tout le temps dans tous les sens. Alors lui je l'engueulais. » (F6)

Il peut également s'exprimer par un **manque de ponctualité**, et peut provoquer le médecin à faire une réflexion au patient voire à refuser la consultation :

- « C'est-à-dire que il arrive en retard, il me met en retard, et il voit pas le problème. Une fois l'année dernière en fin d'année, je lui avais fait une réflexion » (F3) ;
- « Il est arrivé dix minutes en retard, sur sa consult, mais je crois que c'était la fois de trop, et du coup j'ai refusé de le voir » (F3)

L'expression d'un **manque de satisfaction** par le patient, notamment via des critiques ou le dépôt d'une plainte, voire par une rupture de la relation patient-médecin est susceptible de conduire le médecin à interrompre lui-même la relation patient-médecin (dans le cas d'une première interruption du suivi par le patient, le médecin est donc susceptible de refuser de reprendre ledit patient si celui-ci demandait à reprendre le suivi).

- Je lui avais déjà dit que si elle n'était pas contente, elle pouvait changer, parce que à chaque fois elle critiquait ma prise en charge, j'ai dit « la porte est ouverte » (F8) ;
- « Et puis le jour où il est venu me dire qu'il porte plainte, bah voilà, je lui ai dit au revoir » (F2) ;
- « Les gens peuvent changer de médecin, mais quand s'est suite à un conflit du coup c'est non. Après c'est délicat mais on arrive à le dire quand même, que « pour apaiser la relation de soins », des espèces de mots comme ça [rire], c'est mieux que vous changiez de médecin comme de toute façon vous n'étiez pas satisfaits ici... » (F5)

Des comportements tenant de la **contrainte** du patient sur le médecin sont à-même de provoquer des comportements plutôt négatifs chez le médecin.

- Ainsi, un **comportement insistant** de la part du patient est susceptible de conduire le médecin à rompre la relation thérapeutique, mais également parfois à céder à la demande des patients, ce qui a été décrit comme une situation génératrice de mal-être pour le praticien :
  - « Euh, la fois où je me suis retrouvé à devoir virer un patient du cabinet. Ouais ça ce n'est pas très agréable. C'était un patient super insistant » (F4) ;
  - « Lorsque je n'arrive pas à dire non aux patients alors que je n'ai qu'une envie c'est de leur dire non. Ça c'est LE gros point. Avec des patients très, très insistants. » (F2, à la question « peux-tu identifier les éléments relationnels sources de mal-être pour toi ? »)
- Un **comportement impatient** de la part des patients est susceptible de conduire le médecin à avoir une attitude nerveuse, voire à rompre la relation patient-médecin :
  - « Mais en gros c'est vraiment ingérable parce que c'était tout le temps du tout tout de suite et c'est quand même grave, mais je m'étais un peu énervée » (F6) ;
  - « Bah j'en ai eu un, voire deux, à qui j'ai rendu leur dossier euh, parce qu'ils montraient de l'agressivité pendant les consultations [...] peut-être aussi de l'impatience » (F7)

Notons qu'en face d'**exigences de nature consumériste**, le médecin est susceptible d'adopter le comportement d'un prestataire de services.

- « Elle m'a dit, je paye pour 20 minutes j'ai droit à 20 minutes. J'ai dit ok donc j'ai mis mon chrono, à 20 minutes, et à 18 minutes elle me dit sinon j'ai mal à l'oreille. J'ai dit non bah les 20 minutes sont passées donc maintenant. » (F5)

Un **comportement provocateur** de la part du patient est susceptible de conduire le médecin à recadrer le patient, voire à adopter un comportement revanchard ; ces situations ont été décrites comme source de mal-être pour les praticiens.

- « Bon j'ai eu un patient homme qui m'a dit « vous portez pas de bagues, vous trompez les hommes »... Donc là je l'ai tout de suite recadré » (F7) ;
- « Le recommandé c'était pour dire qu'il refusait de se faire vacciner ! Voilà ! J'ai dit je ne vais pas me le louper. [...] Donc je lui ai rendu la monnaie de sa pièce [...] ça fait une histoire de relation thérapeutique exceptionnelle. Et qui me mettait mal quand même. » (F5)

Un **manque de confiance** dans les propos et les compétences du médecin est susceptible de provoquer différents comportements chez le médecin :

- Un certain **complotisme visant le système de soins** est susceptible de conduire le médecin à faire des réflexions au patient voire à lui adresser un jugement de valeurs, voire à rompre la relation patient-médecin :
  - « Et elle, elle m'a sorti, les puces électroniques sous la peau avec le vaccin. Ce qui était quand même un haut niveau de fake news. Et je sais même plus ce que j'ai fait. Mais euh, elle elle a ressenti que je lui renvoyais qu'elle était une mauvaise personne, une fille égoïste, je lui ai rendu euh, renvoyé, je sais plus ce que je lui ai dit, mais un truc genre « si tout le monde réagissait comme ça » » (F5) ;
  - « Une autre qui avait dit que dans les centres de vaccination, il y avait une seule seringue pour tout le monde. [...] Et y'a un gars que j'ai viré par contre... » (F5)
- Un **manque de compliance** thérapeutique de la part du patient est susceptible de conduire le médecin à lui adresser des remontrances :
  - « Il avait été vu un week-end en garde pour une suspicion de spondylodiscite, mais il était pas allé aux urgences, et moi je le revois en début de semaine, je l'engueule » (F6)

Des **comportements de séduction** de la part du patient sont susceptibles de conduire le médecin à recadrer le patient.

- « J'ai eu le doute que avec des hommes qui m'ont dit que voilà ils étaient attirés, donc j'ai repositionné tout de suite les choses » (F7)

Un **comportement considéré comme odieux** de la part du patient est susceptible de conduire le médecin à rompre la relation patient-médecin.

- « Euh, la fois où je me suis retrouvé à devoir virer un patient du cabinet. Ouais ça ce n'est pas très agréable. C'était un patient super insistant, qui avait mal, et qui du coup ne supportait plus d'avoir mal. Ce qu'on peut comprendre, et du coup qui a été odieux avec la secrétaire, mais à un degré pas acceptable. » (F4)

### 3.3. L'état d'esprit du patient a une influence sur l'état d'esprit du médecin

D'une manière générale, les émotions du patient ont été décrites comme **transmissibles** au médecin.

- « Souvent c'est vrai que le bien-être ou le mal-être ça va être en rapport avec l'état du patient, qui nous transmettent leurs énergies. » (H3)

Les médecins ont d'ailleurs décrit une **nécessité de résilience** de leur part afin d'affronter ces transferts émotionnels.

- « Donc c'est vrai qu'il faut être assez costaud sur ce genre de trucs, parce que si vous vous êtes un peu stressé, si vous n'êtes pas bien, ça vous remet du stress en plus supplémentaire, des angoisses supplémentaires, et ça peut être source de mal-être. » (H3)

Ainsi, le **bien-être** chez le patient sera transmis au médecin « en miroir ».

- « Un bien-être du patient qui sera ressenti par elle-même, et puis après qui sera transmis à moi quoi » (H3) ;

Une certaine **confiance** est susceptible de susciter du bien-être chez le médecin.

- « Donc j'ai trouvé ça assez sympa, des ados qui avaient confiance en moi »

La **satisfaction** du patient vis-à-vis de la prise en charge est également source de bien-être.

- « Je pense qu'il est un peu stressé et tout, il était trop content de tomber sur un médecin qui parle Anglais et qui le prenne en charge etc. » (F6)

A contrario, un certain nombre d'**émotions négatives** chez le patient sont susceptibles de susciter du mal-être chez le médecin. Il s'agissait de mal-être, de stress, de douleur, de tristesse.

- « C'est vrai que les patients, quand ils vous transmettent leur mal-être, leur stress, ça peut être une source de mal-être. » (H3) ; « ça fait mal au patient, ça me fait mal à moi. » (F2) ;
- « Ca m'a fait suer en fait parce que je l'ai fait pleurer, et euh, y'avait pas besoin de ça quoi. » (F5)

### 3.4. L'état d'esprit du patient a une influence sur le comportement du médecin

La **confiance** de la part des patients est susceptible de conduire le médecin à les remercier.

- « Par exemple hyper souvent je remercie les gens de leur confiance » (F5)

Au contraire, un **manque de confiance** de la part des patients est susceptible de conduire le médecin à rompre la relation patient-médecin.

- « Bon Mme, je vois bien que ce que je vous apporte c'est plus satisfaisant pour vous, vous avez plus confiance en mon diagnostic, voilà, donc y'a un moment va peut-être falloir changer de médecin... » (F7)

#### 4. L'INFLUENCE ENTRE LE COMPORTEMENT ET LES EMOTIONS DU MEDECIN :

##### Résumé :

Bien qu'ils aient parfois du mal à le reconnaître, le comportement et les l'état d'esprit du médecin semblent s'influencer mutuellement.

L'influence du comportement du médecin sur son état d'esprit a été peu mentionné. Nous pouvons tout de même citer un comportement d'écoute, le fait de faire preuve d'humanité, et de « prendre soin » du patient, qui sont susceptibles d'inspirer du bien-être au praticien. A contrario, le fait de céder à des demandes inadaptées, ou d'adopter un comportement revanchard face à de la provocation sont, eux, sources de mal-être.

Les participants ont été plus précis quant à l'influence de leur état d'esprit tant sur leur état d'esprit et leurs émotions que sur leur comportement.

Sur un versant positif :

Le fait de se sentir utile, voire d'avoir fait une différence dans la vie du patient était perçu comme une source de bien-être majeure. Un certain attachement au patient était également perçu comme véhicule de bien-être.

Un état d'esprit marqué par le bien-être, ainsi que le fait de se sentir reposé est susceptible de favoriser tout un ensemble de conséquences comportementales positives. La communication non verbale est impactée de manière positive. Les médecins se rendent plus disponibles pour leurs patients, et montrent plus de résilience (avec notamment une plus grande facilité ressentie à gérer les comportements inadéquats). La réflexion semble facilitée par un état d'esprit de bien-être.

Le bien-être inspire au médecin une certaine confiance en soi, qui elle-même génère de l'aise, de la fluidité dans les consultations, moins de fatigue, plus de légèreté, et in fine, une meilleure qualité de la relation.

Sur un versant négatif :

Les participants ont fait une description extrêmement riche de l'influence de leur état d'esprit sur leurs émotions et leur comportement en termes négatifs. Il est à noter qu'un certain nombre de ces états d'esprits et comportements se retrouvent parfois cause, parfois conséquence de l'influence, dégageant l'hypothèse de l'existence de cercles vicieux concernant l'état d'esprit, les émotions et le comportement du médecin lorsqu'il ne se sent pas bien.

Les états d'esprit et émotions décrits comme des causes dans ces processus étaient le mal-être, la fatigue, le stress et la nervosité, la tristesse, la peur, et le manque de confiance en soi.

Ces différents états d'esprits et émotions sont susceptibles, chacun à leur manière, d'inspirer à leur tour états d'esprits, émotions et comportements négatifs chez le praticien.

Parmi ces conséquences, la communication non verbale était impactée de manière négative. Les médecins pouvaient ressentir de la colère, de la nervosité, du stress, une hypervigilance, de la frustration, voire adopter des comportements agressifs. Ils pouvaient également ressentir de la culpabilité, et une perte de confiance en eux. Leurs capacités de réflexion semblaient appauvries et ralenties. Leur capacité de communication était également impactée négativement. Les médecins étaient alors moins à-même d'être disponibles pour leurs patients, en se montrant notamment moins patients, et moins à l'écoute. Leur résilience était amoindrie (avec notamment une difficulté de mise à distance rendant la réception d'évènements désagréables plus difficile). Ils étaient plus à-même de céder à des demandes inadaptées de la part des patients, ce qui, nous l'avons vu plus haut, renforce leur sentiment de mal-être. In fine, ces états d'esprits et émotions négatives pouvaient conduire à une dégradation de la relation. L'un des participants nous a par ailleurs fait le récit d'une réorientation professionnelle suite à un syndrome d'épuisement professionnel.

Certains participants ont noté que, habités d'un état d'esprit négatif, il leur était préférable de tenter de garder pour soi ces émotions, mais que cet effort avait un coût, renforçant par là la fatigue du médecin.

Enfin, il semble intéressant de noter que l'un des participants a déclaré que le fait d'avoir été récemment déprimé avait renforcé ses capacités d'écoute et de compréhension des patients, et notamment des patients eux-mêmes en dépression.

#### 4.1. L'influence du comportement du médecin sur son état d'esprit

Les éléments cités par les médecins, concernant leur propre comportement, et qui concourent à une relation source de bien-être, pointent tous vers l'idée qu'ils montrent au patient qu'il est considéré en tant qu'être humain, et que son ou ses problèmes sont entendus.

Ainsi, **l'écoute** était l'un des deux éléments comportementaux les plus souvent cités, une écoute active, qui cherche à cerner le patient et n'hésite pas à poser des questions parfois difficiles.

- « Et je pense qu'elle a été particulièrement touchée par les questions sur les violences, euh, où en fait je crois qu'elle attendait qu'on pose cette question depuis 20 ans [...] Et donc elle a été très touchée de cette question, donc ensuite elle s'est sentie en confiance pour dire la suite [...] Et que du coup on prenne le temps ensuite de poser des consultations pour elle, pour parler d'elle, et qu'on prenne le temps d'écouter ce que elle avait à dire » (F8) ;
- « Ouais on respecte en écoutant je pense » (F4)

Le fait de **faire preuve d'humanité** dans l'accompagnement des patients (notamment en fin de vie), est un élément source de bien-être qui peut compenser la difficulté de certaines prises en charge.

- « Après y'a des accompagnements dans des fins de vies, euh, où y'a eu, alors dire que y'a un plaisir c'est quand même un peu exagéré, parce qu'en même temps y'a de la tristesse, mais une satisfaction à avoir accompagné très humainement les patients avec qui j'étais un peu attachés. » (F7)

Le fait de « **prendre soin** » et d'être un **soutien** pour les patients est également perçu comme source de bien-être.

- « Et j'ai vraiment ressenti dans cette relation que elle se qu'elle s'était sentie touchée déjà peut-être par le fait qu'au milieu d'une consultation qui était pas pour elle et bah on prenne soin d'elle » (F8) ;
- « C'est vraiment source de plaisir de bien les connaître, de les soutenir tout au long de leur vie » (F7)



En termes plus négatifs, le fait de **céder à des demandes** considérées comme inadaptées de la part du patient, ou encore d'adopter un **comportement revancharde** face à de la provocation ont été décrits comme sources de mal-être pour le médecin.

- « Lorsque je n'arrive pas à dire non aux patients alors que je n'ai qu'une envie c'est de leur dire non. Ça c'est LE gros point. Avec des patients très, très insistants. » (F2, à la question « peux-tu identifier les éléments relationnels sources de mal-être pour toi ? ») ;
- Donc je lui ai rendu la monnaie de sa pièce [ ...] ça fait une histoire de relation thérapeutique exceptionnelle. Et qui me mettait mal quand même. » (F5)

#### 4.2. L'influence de l'état d'esprit du médecin sur son comportement :

Certains médecins ont déclaré que leur **état émotionnel n'impactait pas leur travail**.

- « Je traverse une période pas facile personnelle, euh, et j'avais peur que ça impacte beaucoup mon travail, et en fait ça l'impact pas » (F3)

Quand d'autres **mettent en garde contre une trop grande ouverture aux émotions** dans la pratique.

- « Et si on se met dans un système émotionnel pour aller travailler, c'est sûr que ça va être dur quoi »

Mais globalement, et plus ou moins directement, les médecins décrivent une **influence de leur état émotionnel sur leurs comportements** et sur leur pratique médicale, influence qui peut être positive, ou négative.

- « Vous allez ruminer en fait. Ça va revenir. Et donc ça, ça influe sur votre vigilance, et sur quoi, sur votre communication. Ça peut être en positif ou en négatif hein. Euh moi quand les patients arrivent « docteur, merci, ce que vous avez fait » euh. » (H1)

#### 4.2.1. L'influence d'un état d'esprit positif sur le comportement du médecin

Tout d'abord, le **sentiment d'utilité** a été décrit comme source de « bien-être ultime », notamment lorsque le médecin ressent qu'il a « fait une différence » dans la vie d'un patient.

- « Et donc ce qui moi me crée du bien-être par rapport à la situation, c'est le sentiment du coup d'avoir pu être utile à quelque chose [...] une des rares qui ait posé ces mots-là, de dire « à ce moment-là de ma vie, ça a changé quelque chose »... Ca je dirai que c'est le sentiment de bien-être ultime. » (F8)

Un certain **attachement** ressenti par le médecin pour le patient peut être source de bien-être dans la relation.

- « J'étais attachée à ce patient. Ouais, jusqu'au bout. Et en fait il me rappelait beaucoup mes parents, et je sais pas, j'étais attachée, j'aimais bien le voir. » (F2)

Le **bien-être** lui-même a un impact positif sur les consultations. Cet impact passe tout d'abord par la **communication non-verbale** du médecin, notamment à travers gestuelle et sourire.

- « Bah ça a un impact positif sur les consultations. Alors, c'est vrai qu'on a le masque, mais on a le sourire » (F1) ;
- « c'est beaucoup de non verbal je trouve de sourire, de la gestuelle qu'ils voient qu'on est à l'aise » (F6)

Le bien-être est à-même d'inspirer le médecin à **être plus disponible** pour les patients, notamment en termes de temps passé pour chaque patient, en termes d'écoute, et de tolérance.

- « Je pense que ça change la durée de consultation, je prends beaucoup plus le temps quand je vais bien » (F4) ;
- « Je vais un peu plus écouter les gens. Et euh, et un patient qui va être un peu difficile, un peu chiant, bah je vais être un peu plus tolérante du coup » (F1)

Le bien-être est susceptible de **renforcer la capacité de résilience** des médecins. Ainsi, dans cet état d'esprit, les participants ont déclaré se montrer moins irritables, plus patients.

- « et un patient qui va être un peu difficile, un peu chiant, bah je vais être un peu plus tolérante du coup, moins irritée » (F1) ;
- « ça braille dans tous les sens... euh, peut-être effectivement quand je suis cool, « bon vous vous asseyez là » (ton patient), et des fois je vais être un peu plus braque « bon maintenant vous vous asseyez là » (ton impatient) » (F7)

Cette résilience est également renforcée, grâce au bien-être, par une plus grande **facilité à gérer les comportements inadéquats** de la part des patients, notamment en repérant mieux les comportements de manipulation, en prenant du recul plus facilement, et en reposant le cadre plus facilement.

- « Quand on va bien et qu'on a le temps, et que on est en forme, encore une fois on repère un peu ces trucs de manipulation là et on met des limites. » (F6) ;
- « Alors que si moi je suis détendue, je suis bien, je suis à l'heure et je suis calme, bah je peux plus facilement prendre du recul moi, et laisser le patient redescendre doucement » (F6)

Le bien-être est également source de **confiance en soi**, qui à son tour génère une meilleure aise, une meilleure fluidité, moins de retard ou de fatigue, une certaine légèreté, et pour finir, une meilleure qualité de la relation.

- « Je me sens mieux, donc plus en confiance, enfin c'est vraiment le cercle vertueux quoi [...] je me sentais plus à l'aise, la consult se déroulait de manière plus fluide, le patient se sentait plus en confiance, et donc moi je me sentais capable de parler d'autres choses, beaucoup plus légères, d'être moins en retard, moins fatiguée, et c'est vraiment le cercle vertueux du patient satisfait » (F8) ;
- « que je sens que la qualité de la relation dépend de la confiance que j'ai en moi, en mes capacités médicales, et relationnelles, et que ça elles ne cessent de s'améliorer » (F8)

Le bien-être semble **faciliter le travail de réflexion** chez le médecin.

- « Parce que je suis plus détendue, peut-être que je réfléchis mieux aussi » (F7)

Enfin, un **état d'esprit reposé** serait à-même de favoriser une certaine détente, un comportement souriant, et une certaine facilité à mieux supporter des remarques désagréables.

- « par exemple après des vacances où je me suis bien reposée, je pense que je suis certainement plus souriante, plus détendue dans la consultation, plus à même de supporter des petites phrases qui peuvent être désagréables à d'autres moments » (F7)

#### 4.2.2. L'influence d'un état d'esprit négatif sur le médecin :

Certains des participants nous rappellent la nécessité de **garder pour nous** nos émotions négatives, et pensent que le **patient ne les ressent pas**.

- « Bah malgré tout je pense que quel que soit mon état psychologique à moi, je prends le temps d'écouter. Après je boue à l'intérieur, mais je pense et j'espère que le patient ne le ressent pas. » (F2)

Mais d'une manière générale, les participants reconnaissent qu'un **mal-être** a des répercussions sur leurs émotions et comportements.

- Ainsi, le mal-être concourrait à ce que les médecins **travaillent moins**. Ce mal-être s'exprime dans leur **communication non-verbale** et notamment leur démarche :
  - « Bah déjà ça commence dès la salle d'attente, c'est du non-verbal, quand je vais les chercher enfin, je vois avant quand j'en avais ras le cul, je voyais la salle d'attente ça m'angoissait, je sais pas je marchais vite j'étais stressée » (F6)
- Il peut les conduire à montrer de la **nervosité** et de la **colère**, qui peut s'exprimer par de **l'impatience**, une **communication plus « abrupte »**, ou de **l'agressivité** :
  - « Et bah à l'inverse, je suis beaucoup moins patiente. Et je, si j'ai besoin de dire qqch, vu que j'ai beaucoup de mal à dire les choses, bah là ça va sortir mais pas de façon diplomate, ça va sortir... brut » (F2) ;
  - « Et je pense que j'ai été un peu agressive envers certains patients. Je me rappelle plus exactement, mais je m'emportais facilement quoi » (F6)
- Le mal-être demande au médecin **plus d'effort** pour travailler et est source de fatigue :
  - « Et du coup hah consulter quand on est mal... Bah c'est possible, mais du coup faut redoubler d'efforts et du coup ça te fatigue encore plus » (F6)
- Il entraîne des **difficultés à communiquer**, et à **apaiser les patients** qui en ont besoin :
  - « parce que si moi je suis dans un jour un peu stressé, un peu pas bien un peu énervée déjà, et que le patient arrive comme ça va être compliqué de communiquer quoi » (F6) ;
  - « Mais effectivement, moi à la fin de mon exercice en médecine générale, j'étais en plein burnout permanent, c'est plus compliqué de gérer les gens et de les désamorcer parce que du coup j'étais moi-même pas bien. » (F6)
- A maxima, le mal-être peut conduire le médecin vers une **rupture** de la relation patient-médecin, voire vers une **reconversion professionnelle** :
  - « avec l'expérience les relations qui me faisaient du mal je... j'ai rompu » (F5) ;
  - « en fait quand on est hyper mal d'aller au boulot et qu'on rentre à pas d'heures, et qu'on ... moi je m'étais posé la question de réorientation et tout ça » (F8)

La **fatigue** est susceptible de générer un ensemble de conséquences négatives chez le médecin qui en souffre.

- Du **mal-être** tout d'abord :
  - o « Si je suis fatiguée, ça va pas. » (F9)
- Une **moindre disponibilité** (en termes de temps, d'efforts, d'écoute) :
  - o « Je ne suis pas dans une forme extraordinaire là, surtout parce que je suis fatiguée[...] J'essaye de travailler un peu moins » ; « en fin de journée rappeler les gens parce que voilà y'a une prise de sang à faire, bah y'a des jours où ça nous coûte parce qu'on est fatigué » (F4) ;
  - o « si on est fatigué, épuisé euh, intellectuellement.. Alors physiquement pour l'instant non, euh, ben on a moins de patience, on est moins disponible pour écouter » (F7)
- Plus de **stress, d'impatience, de nervosité** :
  - o « c'est un état horrible, où tu as l'impression que ton cerveau te lâche, tu as l'impression que tes capacités sont réduites, moi c'était 40% à peu près... Donc c'est stressant d'aller travailler dans ces conditions-là. » ; « donc où j'ai moins dormi, je suis plus impatiente [...] j'ai eu quelques remarques des fois « vous êtes irritable, vous êtes énervée, vous êtes fatiguée », bah oui ça arrive que le médecin soit lui aussi, euh, fatigué » (F1)
- Un **ralentissement et une perte des capacités**, notamment des capacités de réflexion :
  - o « c'était dur la période d'épuisement parce que en gros tu sais que tu vas travailler, tu es pas bien, moi j'avais vraiment du brouillard dans la tête, j'étais un peu ralentie aussi et j'avais l'impression de pas être au max de ma réflexion et de mes capacités »
- Une moindre résilience, et une **plus grande difficulté à supporter** les choses désagréables :
  - o « je ne supporte plus, je crois que je suis fatiguée je supporte plus » (F9)
- Une plus grande propension à **accepter sans discuter** des demandes des patients considérées comme inadaptées :
  - o « Alors que quand on est dans le rush et blindés et fatigués, bah on va avoir plus tendance à répondre pour passer à autre chose quoi. Et ça entretient le problème » (F6)

Le **stress** est susceptible de générer un ensemble de conséquences néfastes chez le médecin :

- Des **difficultés pour réfléchir**, donc un besoin de plus d'énergie pour le même travail, et donc de la **fatigue** :
  - « Et si en plus les consultations sont dans la tension permanente, déjà pour réfléchir c'est plus compliqué » (F7) ; « plus tu stresses plus c'est flou, et donc tu dois redoubler d'énergie pour tenir en consultation et du coup ça te fatigue encore plus » (F6)
- Des **difficultés à communiquer** :
  - « Parce que si moi je suis dans un jour un peu stressé, un peu pas bien un peu énervée déjà, et que le patient arrive comme ça va être compliqué de communiquer quoi » (F6)
- De **l'agressivité** :
  - « En fait bah moi ça me stressait, et je voyais que j'avais pas le temps de le gérer, et je disais « pourquoi en fait, pourquoi euh j'ai l'impression que j'avais un poids qui me tombait sur la tête, genre « POURQUOI ?! ». Et du coup je leur, enfin, je les gérais de manière un peu agressive » (F6)
- D'une manière moins manichéenne, le stress a également été cité comme facteur de **remise en question** :
  - « Mais voilà c'est du stress en plus, une remise en question aussi, sur ma façon de faire, ce que j'aurai pu faire mieux. » (F2) ; « c'est ça aussi qui vous permet de faire l'équilibre, et qui vous permet de vous remettre en cause, tout ça. Et c'est cette remise en cause qui vous rend meilleur dans la pratique en tout cas » (H1)

La **nervosité** est susceptible de générer un ensemble de conséquences néfastes chez le médecin :

- Une **moindre disponibilité** :
  - « Et j'étais dans une période où justement j'étais un peu plus irritable. A l'époque fallait pas trop me demander... » (F2)
- Une **difficulté à communiquer** :
  - « parce que si moi je suis dans un jour un peu stressé, un peu pas bien un peu énervée déjà, et que le patient arrive comme ça ça va être compliqué de communiquer quoi » (F6)
- De la **culpabilité** :
  - « Et du coup je m'étais énervée sur le papa, et j'avais raconté ça à un copain et il m'avait dit « ah mais en fait t'es horrible comme médecin » [rires]. Du coup j'ai un peu culpabilisé » (F6)

La **tristesse**, la **déprime**, est susceptible de conduire les médecins à :

- Une perte de confiance en soi, et le fait d'avoir peur de **ne pas être capables de prendre en charge** leurs patients correctement :
  - « En fait moi mon angoisse c'était de pas être capable de recevoir les gens correctement. »
- Une **difficulté de mise à distance** :
  - « Et peut-être que je n'arrive pas à mettre la distance nécessaire. Mais ça c'est un autre sujet. Pour autant je ne me mets pas à pleurer avec mes patients heureusement. » (F3)
- Mais également parfois une **meilleure capacité d'écoute**, via une meilleure empathie envers les gens qui souffrent :
  - « Je sens bien que je suis beaucoup plus touchée, ou beaucoup plus en congruence avec les gens qui vont venir m'évoquer des éléments dépressifs [...] j'ai toujours passé beaucoup de temps avec les gens qui sont en état dépressifs, mais disons que j'y suis plus sensible en ce moment » (F3)

La **peur** est susceptible de rendre le médecin plus irritable, et de le faire entrer dans un état d'hypervigilance.

- « Euh, mon relationnel avec les autres patients. Je pense que moi j'étais un peu plus irritable, mais je ne me souviens pas si ça avait changé... Au près des patients, je pense que j'avais essayé de pas le montrer, mais sans doute qu'inconsciemment, j'étais sans doute un peu sur le qui-vive. Je n'étais pas inquiète sur la question de... de médecine, de diagnostic, tout ça, c'était plus sur l'autre versant. Le versant euh... Intégrité physique quoi. » (F1)

Le **manque de confiance en soi** et les doutes sont susceptibles de provoquer :

- Des **ruminations**, qui elles-mêmes rendent le médecin moins vigilant et rendent la communication plus difficile :
  - « Tiens ça, j'aurai fait autrement, j'aurai fait ci, et ça vous pouvez me croire, ça, ça influe votre... Du moins, peut-être pas toute votre carrière, mais au moins au minimum le lendemain vous n'allez pas travailler comme... parce que vous allez être tellement... Vous allez ruminer en fait. Ça va revenir. Et donc ça, ça influe sur votre vigilance, et sur quoi, sur votre communication. » (H1)
- Une **perte de temps, moins d'écoute** du patient et une **dégradation de la relation** patient-médecin :
  - « je sais pas faire, il me manque des compétences, des connaissances et tout ça, donc je passe énormément de temps sur les consultations, les décisions sont difficiles à prendre, je prends énormément de retard, du coup je suis moins patiente avec le patient d'après, donc j'arrive moins bien à l'écouter, donc la relation est mauvaise, donc je prends encore plus de temps à prendre des décisions parce que j'ai pas réussi à écouter bien ce qu'il me disait, donc voilà, donc je finis super tard, donc je dors pas assez la nuit, donc je suis épuisée, donc j'arrive pas »... » (F8)

Le fait de **se sentir débordé** est susceptible de conduire le médecin à moins de patience et d'écoute, à devenir désagréable, et in fine, à une certaine frustration.

- « je prends énormément de retard, du coup je suis moins patiente avec le patient d'après, donc j'arrive moins bien à l'écouter » (F8) ;
- « Y'a dix jours, avant que je parte en congés j'étais infecte. En gros quand non a plus la patience, euh, j'avais trop de débordements sur le plan.. » (F4) ;
- « Et ouais, le débordement c'est difficile à vivre [...] Ca va être souvent qu'on se sent frustrés à la fin de la journée. » (F4)

Enfin, le **syndrome d'épuisement professionnel** est susceptible de conduire à une plus grande fatigabilité, au besoin d'un suivi psychologique, ainsi qu'à une reconversion professionnelle.

- « Bon après en vrai j'ai pris cher les derniers mois, j'ai pris le contrecoup de tout ça, je suis crevée tout le temps, dès que j'augmente un peu le rythme, je m'épuise. Je fais hyper gaffe maintenant, et là je tape des nuits de 12 heures donc je suis encore en train de récupérer de tout ça. » (F6) ;
- « J'ai vu que ça allait pas et que ça pourrait pas tenir comme ça, [...] bah j'ai eu un suivi psy. Je me suis jamais arrêtée dans tout ça mais j'ai eu un suivi psycho, pour sortir un peu la tête de l'eau. Et en fait on a fait émerger que j'avais besoin d'un truc carré, assez protocolisé, beaucoup moins éparpillé que la médecine générale, et la médecine du sport collait bien » (F6)



## 5. LES INFLUENCES ENTRE LA RELATION ET L'ETAT D'ESPRIT DU MEDECIN :

### Résumé :

On peut décrire des « cercles vertueux » et des « cercles vicieux » relationnels comme un enchaînement de réponses émotionnelles et comportementales mutuelles, positives ou négatives, entre le patient et le médecin.

#### En termes positifs :

Un sentiment de bien-être et de confiance en soi chez le médecin sont susceptibles d'améliorer la qualité de la relation patient-médecin.

La plupart des relations patient-médecin sont sources de bien-être et de confiance en soi pour le praticien, plusieurs participants l'ont décrit comme la « norme relationnelle », mais insistent sur le fait que ces relations « qui se passent bien » sont également beaucoup moins marquantes que les relations sources de mal-être. Les participants ont caractérisé ces relations sources de bien-être comme des relations humaines, personnelles, qui dépassent une communication strictement professionnelle ; des relations marquées par le respect et la confiance mutuels ; des relations fondées sur une communication efficiente ; où le cadre est posé ; des relations de « partenariat » ; et au sein desquelles le médecin se sent à l'aise. Les suivis au long cours et les suivis de famille tenaient une place importante, en tant que sources de bien-être, chez plusieurs participants.

#### En termes négatifs :

Ici, ce sont surtout des éléments comportementaux qui ont été décrits chez le médecin. Ces éléments ont été décrits comme susceptibles de dégrader la qualité de la relation patient-médecin. Il s'agissait du fait de faire des remarques et réflexions au patient, voire d'exprimer un jugement de valeur ; d'un refus du dialogue et d'un manque d'écoute, ou encore d'un discours trop cartésien niant la sensibilité du patient ; d'une attitude hostile, butée ou revancharde ; et une pratique défensive de la médecine, que certains mettent en lien avec une hyper-judiciarisation de la société. Sur un plan émotionnel, le mal-être a été décrit comme concourant à dégrader la qualité relationnelle. Le mal-être, le stress, la nervosité, et un manque de confiance en soi sont susceptibles de dégrader la qualité relationnelle. La susceptibilité a été décrite à la fois comme une cause et comme une conséquence de relations dégradées.

Les relations de mauvaise qualité, bien plus rares que celles de bonne qualité, sont toutefois plus marquantes pour le praticien. Elles sont sources de mal-être, d'auto dévalorisation, de culpabilité, d'appréhension à l'idée de voir le patient, d'un sentiment d'être jugé par ce dernier de manière négative, de colère et de nervosité. Elles peuvent à maxima conduire le praticien à refuser de continuer de suivre un patient. Ces relations ont été caractérisées comme des relations marquées par le

conflit et la tension ; où la confiance a été rompue ; marquées par des difficultés de communication entre les intervenants ; des relations asymétriques (de type « paternalistes » ou « consuméristes ») ; où le médecin ressent une difficulté à imposer son rôle au sein de la relation ; et où il existe une inadéquation entre les comportements du patient et la tolérance du médecin.

Un certain nombre de participants ont exprimé le fait que ces relations « qui se passent mal » peuvent tout de même s'améliorer. Cette amélioration serait avant tout permise par de l'écoute et de l'investissement auprès du patient, mais également parfois par une redéfinition du cadre de la relation, voire une menace de rupture. Mais le fait de « prendre sur soi » a un coût en termes d'énergie pour le praticien.

Comme nous l'avons vu, il semble donc exister une interaction permanente et réciproque entre le médecin et le patient, interaction composée d'éléments émotionnels et comportementaux. Nous ne reviendrons pas dans ce chapitre sur les nombreuses interactions entre l'état d'esprit et le comportement du médecin d'une part, et du patient d'autre part, décrits dans les chapitres précédents. En revanche, un certain nombre d'éléments ont été décrit comme causes ou conséquences d'une influence liée ni au médecin seul, ni au patient seul, mais à l'interaction, à la relation entre eux. Ce sont ces éléments qui seront détaillés dans ce chapitre.

Ainsi, il semble que certains éléments de la relation aient une influence plutôt positive, ou plutôt négative sur l'état d'esprit du médecin. De la même manière, l'état d'esprit et le comportement du médecin conditionneront la qualité de la relation avec le patient.

L'un des participants a d'ailleurs très bien décrit l'idée de « **cercles vertueux** » ou de « **cercles vicieux** » relationnels, représentant un enchaînement d'interactions émotionnelles et comportementales positives ou négatives entre le patient et le médecin.

- « Une fois que je savais effectivement traiter ces situations, bah je me sentais plus à l'aise, la consult se déroulait de manière plus fluide, le patient se sentait plus en confiance, et donc moi je me sentais capable de parler d'autres choses, beaucoup plus légères, d'être moins en retard, moins fatiguée, et c'est vraiment le cercle vertueux du patient satisfait, content » (F8) ;
- « Et j'étais dans un cercle comme ça, où moi j'étais pas bien, donc la relation n'était pas bien, et donc moi j'étais pas bien. » (F8)

Plusieurs des médecins interrogés ont mis en avant le fait que ces relations sources de mal-être **peuvent s'améliorer**. Cela demande notamment de **l'écoute** et de **l'investissement**, permettant une **connaissance** plus profonde du patient et une meilleure compréhension de ses besoins. Une autre manière d'améliorer ces relations serait de **redéfinir le cadre** de cette relation. A l'extrême, une **menace de rupture** de la relation par les médecins a parfois permis d'améliorer la relation.

- « Et gros blancs, et je n'arrivais pas à savoir si les gros blancs c'est qu'ils n'étaient pas à l'aise avec moi ou qu'ils ne s'entendaient pas entre eux. Et en fait une fois qu'on a appris à faire connaissance ça allait quoi. Mais ça demande du temps. » (F4) ;
- « Et maintenant c'est mon copain. Parce que en fait euh. Mais c'est souvent ça en fait les gens qui arrivent tout énervés là, souvent c'est parce qu'ils ne se sont pas sentis écoutés. Il m'a dit « c'est la première fois qu'on m'écoute et qu'on se penche sur mon problème vraiment » (F6) ;
- « Les gens quand on les désamorce, quand on est cool avec eux, quand on les laisse parler de leur problème, et qu'ils voient qu'on essaye vraiment de les aider, bah la plupart du temps ils descendent quand même. » (F6) ;
- « Et y'a une autre qui n'est jamais contente, mais quand même qui est sympa, très élaborée euh, elle n'était jamais contente tout ça, je dis « bah écoutez, faut changer de médecin quoi », elle me dit « bah, pour aller où ? ». Je dis ok, bon bah vous restez mais maintenant on est copines. Donc elle c'était rigolo, puis maintenant elle est mignonne avec nous. » (F5) ;
- « Et du coup lui ça s'est mal passé parce que en fait en premier contact moi ça ne se passait pas bien. Et en fait, une fois que le cadre était posé, et que moi j'ai compris qu'il avait juste besoin d'un médecin parce qu'il était inquiet pour sa santé, bah ça passe. » (F4)

Les participants ont également mentionné l'idée que le fait de « **prendre sur soi** » pouvait permettre d'améliorer une relation d'emblée plutôt mauvaise, jusqu'à une certaine limite. Cet effort de « prendre sur soi » a été décrit comme un **coût** en termes d'énergie pour le médecin.

- Voilà, en fait je n'ai pas eu trop de relations où ça se passait mal mais parce que je prenais énormément sur moi, et quand ils ont tous dit « ah vous partez c'est dommage et tout », bah oui c'est dommage, « ah vous étiez un bon médecin », bah oui mais en fait la façon dont je vous soignais moi c'était pas possible pour moi et c'est plus possible, donc du coup euh, ça pose question, c'est... » (F6) ; « J'étais gentille quoi. Sauf qu'il me prenait toujours mille ans, et moi ça me bouffait mon énergie » (F6)

### 5.1. L'influence de l'état d'esprit et du comportement du médecin sur la relation :

Les participants ont assez peu détaillé l'influence de leur état d'esprit sur la relation en termes positifs. Ils ont exclusivement mentionné le fait que le **bien-être** et la **confiance en soi** sont susceptibles d'améliorer la qualité de la relation patient-médecin.

- « C'est vraiment le fait de me sentir capable qui a amélioré ma relation avec les patients et du coup mon bien-être, et inversement » (F8)

En termes plus négatifs, les participants ont été bien plus prolixes.

Un certain **mal-être**, ou encore un état d'esprit marqué par le **stress**, la **nervosité**, ou encore un **manque de confiance en soi** sont susceptibles de dégrader la qualité relationnelle.

- « Et j'étais dans un cercle comme ça, où moi je n'étais pas bien, donc la relation n'était pas bien, et donc moi je n'étais pas bien. » (F8) ;
- « Et je pense que quand on a plus le temps et qu'on est moins stressés on va moins les interrompre et les gens s'en rendent compte qu'on les laisse un peu plus parler. Euh... Par rapport à quand on est dans le rush et « [ton pressé] oui bon bah dites-moi pourquoi vous êtes là ? » » (F6) ;
- « Bah pourquoi elle s'énerve ? Moi je veux juste les réponses à mes questions... » Et au final c'était contreproductif parce que moi je passais pour une conne, et eux ils n'étaient pas satisfaits ou ils ne comprenaient pas pourquoi c'était si compliqué » (F6) ;
- « Ça me fait perdre la confiance en moi que j'essaye d'acquérir. [...] Je me sens un peu envahie, « qu'est-ce que je fais là, est ce que ça a du sens tout ça », du coup c'est plus, je suis moins dans la relation quoi (F8)

Les médecins reconnaissent parfois **faire des remarques et / ou des réflexions** à leurs patients qui peuvent participer à un type de relation qui soit source de mal-être in fine. Ces remarques pouvant être perçues comme un **jugement de valeur**. Les médecins ont mentionné le concept de « **retenue** » nécessaire à éviter ces remarques qui pourraient être mal perçues, là où **trop de franchise** peut être délétère à la relation.

- « Une fois l'année dernière en fin d'année, je lui avais fait une réflexion » (F3) ;
- « Je lui ai dit un truc comme « à chacun ses valeurs », c'était à un moment où je devais être assez remontée, et assez chargée par le covid, et j'avais un très bon ami, de mon âge, qui était hospitalisé en réanimation [...] Et bah parce que je lui ai renvoyé un jugement de valeur. Je ne lui ai pas dit « bien fait pour vous » si vous avez le covid, je m'étais retenue mais je lui ai pas dit ça (F5) ;
- « Alors que vraisemblablement dans les consultations, pour sauvegarder la relation il ne faut pas dire tout ce qu'on pense [rire]. » (F5)

Le **manque d'écoute** et un **refus du dialogue** par le médecin, notamment dans un contexte de sentiment que ses limites sont dépassées, concourent également à établir de mauvaises relations.

- « J'ai fait pleurer deux personnes en leur disant que là les limites étaient dépassées, que le respect des soignants était dépassé, que maintenant fallait arrêter, que je voulais pas entendre ça, et que ça s'arrêtait là le discours. » (F5) ;
- « J'arrive moins bien à l'écouter, donc la relation est mauvaise » (F8)

Les autres éléments comportementaux perçus comme à risque de dégrader la qualité de la relation étaient :

- Un **dialogue très cartésien**, entièrement tourné sur le côté logique de la prise en charge, au détriment de la sensibilité du patient :
  - « Je pense que parfois nous médecins on a un discours qui est tellement médical, cartésien parfois, et qu'on oublie la sensibilité des patients qu'on prend en charge (H1) »
- Une **attitude hostile et butée** :
  - « Y'a quand même des gens avec qui je me suis braquée, ce qui n'arrive pas normalement. Et j'ai même fait pleurer des gens » (F5) ;
  - « parce que en médecine gé je me braquais plus vite » (F6)
  - Un **comportement de revanche** a été décrit, après s'être senti provoqué : « Voilà ! J'ai dit je vais pas me le louper. Mais bon j'étais soulagée j'ai dit « bon ok c'est pas quelqu'un qui me cherche des noises »... Donc je lui ai rendu la monnaie de sa pièce » (F5)
- Une **pratique défensive** de la part du médecin, liée entre autres à l'**hyper-judiciarisation** de la société :
  - « Mais bon, parce que derrière la tête aussi on est dans une société hyper-judiciarisée et bon, peut-être pas plus que certains pays anglophones, mais bon. On a ça aussi derrière la tête. Donc ça aussi ça créer de l'hypervigilance [...] Et quand vous êtes sous pression vous êtes en hypervigilance, et l'hypervigilance génère de la défense » (H1)

La **susceptibilité** a été citée à la fois comme une conséquence et une cause des relations sources de mal-être, dans le cadre d'une expérience de burn-out par une des participantes.

- « Bon après je devenais de plus en plus susceptible, je bossais 3 jours semaine, et quand je leur expliquais que là c'était compliqué le planning, et qu'il commençait à y avoir du délai, qu'il allait falloir prendre les rendez-vous en avance et tout, « bah oui mais vous euh, pourquoi vous n'êtes pas là plus au cabinet ? ». « Parce que j'ai une vie en fait » (F6)

## 5.2. L'influence de la relation sur l'état d'esprit et le comportement du médecin :

### 5.2.1. Influence positive sur l'état d'esprit du médecin

Les **relations sources de bien-être** pour le praticien sont les plus nombreuses et constituent la « norme relationnelle ». Notons qu'elles sont tout de même perçues comme « moins marquantes » sur le plan émotionnel que les relations qui se passent mal. Notons que la perception de la qualité relationnelle peut être différentes pour les deux intervenants.

- « Moi je dirai que j'ai du bien-être pour tout le monde hein. C'est l'activité qui est comme ça. Hein... » (H3) ;
- « Source de bien-être... Prrt... Je sais pas j'ai pas une situation en particulier. Je pense qu'on est plus marqués par celles où ça va pas. » (F4) ;
- « Parce que moi, ce que je vais trouver bon, pour vous peut-être que ça sera pas ça » (H1)

Une **relation perçue comme « bonne »** est source de bien-être, mais également de confiance en soi pour le médecin.

- « A quel point les relations qui se passent bien, qui sont pourtant pluriquotidiennes, ne remplissent pas autant notre vase de.. de je sais pas, de confiance en nous, de bien-être » (F8)

Ainsi, l'élément le plus souvent mentionné comme source de bien-être a été le concept d'une vraie **relation humaine, « personnelle »** (décrite en opposition à une relation strictement professionnelle). Cela incluait de bien **se connaître mutuellement**, de **s'apprécier**, et tenait d'une **confiance**, d'une **écoute** et d'un **respect mutuel**. Il a également été précisé qu'établir ce type de relation satisfaisante, à double-sens, **demandait du temps**.

- « Tout bête, je reviens de vacances, les gens « c'était bien vos vacances ? » bah ça fait plaisir en fait. Ouais quand il y a une relation un peu plus personnelle que juste le côté PEC, motif de consultation, réponse. Le côté humain quoi [...] Ouais quand il y a une relation un peu plus personnelle que juste le côté PEC, motif de consultation, réponse » (F4) ;
- « On commence à discuter de plein de choses, pas seulement la médecine, hein. » (H2) ;
- « C'est ça dans mon métier qui m'apporte le plus de plaisir, d'avoir une certaine proximité avec le patient, bien les connaître » (F7) ;
- « On reste sur les mêmes mots mais en s'écoutant chacun. Et puis en apprenant à se connaître. Le temps. » (F4) ;

- « Pour vous dire que quand y'a une relation de confiance et de respect, je peux aller au bout du monde avec les gens » (F9) ;
- « Qui me respectent, et que je respecte » (F5)

La **qualité de la communication** semble également importante, et une communication effective permettant une **compréhension mutuelle** est citée comme source de bien-être pour le praticien.

- « Moi les situations agréables c'est celles où on peut discuter des prises de décision, des choses qu'on fait. Et une relation agréable c'est aussi celles où on arrive à échanger mutuellement des informations » (F4) ;
- « Donc euh, donc ce qui est source de bien-être c'est ça, c'est la compréhension mutuelle. » (F8)

Les autres éléments caractéristiques d'une relation de qualité, source de bien-être pour le praticien, étaient :

- Une **relation de confiance**. Alliée à une relation de **respect**, elle encourage le médecin à s'investir plus pour ses patients :
  - « Et donc ce qui moi me crée du bien-être par rapport à la situation, c'est [...] d'avoir créé un lien de confiance dans la relation » (F8) ;
  - « Quand y'a une relation de confiance et de respect, je peux aller au bout du monde avec les gens » (F9)
- Le fait que le **cadre de la relation** soit posé :
  - « Et du coup lui ça s'est mal passé parce que en fait en premier contact moi ça ne se passait pas bien. Et en fait, une fois que le cadre était posé et que moi j'ai compris qu'il avait juste besoin d'un médecin parce qu'il était inquiet pour sa santé bah ça passe » (F4) ;
  - « Les patients savaient que si y'avait une demande c'était en consultation, et pas devant la porte entre deux trucs... » (F4)
- Le fait d'établir un **partenariat** avec le patient :
  - « Toi t'as ton projet médical, le patient a son projet a lui, faut essayer de faire un projet commun un peu. » (F5)
- Les médecins interrogés ont mentionné la nécessité, pour qu'une relation soit source de bien-être, de « **se sentir à l'aise** » avec le patient :
  - « Euh, bah le fait d'être à l'aise en consultation. Moi me sentir à l'aise. » (F3)

Enfin, le fait de suivre les patients au **long cours**, ainsi que de suivre l'ensemble de la **famille** est également cité comme une source de bien-être par les participants.

- « Des familles que je connais depuis très longtemps, avec les enfants qui sont tout bébés, qui grandissent, pour moi c'est vraiment source de plaisir de bien les connaître, de les soutenir tout au long de leur vie » (F7)

### 5.2.2. Influence négative sur l'état d'esprit du médecin

Un concept assez fréquemment cité est celui de « **relation difficile** », qui est caractéristique des relations sources de mal-être. Ces relations difficiles sont parfois pressenties dès les premiers contacts. Une qualité relationnelle dégradée est source de mal-être pour le praticien.

- « Mais c'est une relation difficile avec le patient ou la patiente » (H1) ;
- « Et depuis le début je sentais de toute façon que un jour ça partirait en vrille, et voilà, ça n'a pas raté. » (F2) ;
- « La relation n'était pas bien, et donc moi j'étais pas bien. » (F8)

Les médecins interrogés ont été beaucoup plus prolixes concernant les relations sources de mal-être. Cela semble cohérent avec le fait que, malgré qu'elles soient bien **plus rares**, elles sont ressenties comme bien **plus marquantes** pour les médecins.

- « C'est vraiment exceptionnel, l'histoire avec le gars et le recommandé, c'est une personne exceptionnel lui. Et donc du coup ça fait une histoire de relation thérapeutique exceptionnelle. Et qui me mettait mal quand même. » (F5) ;
- « Je fais des remplas depuis à peu près 9 ans, 10 ans, franchement j'ai dû en avoir trois ou quatre, donc beaucoup moins que toutes celles qui se sont passées bien, mais je m'en souviens beaucoup plus » (F8)

Une **mauvaise qualité relationnelle** est source de mal-être pour le praticien. Elle est également susceptible d'influencer l'état d'esprit du médecin négativement, et ce de plusieurs manières :

- Auto dévalorisation,
- Culpabilité
- Appréhension à l'idée de revoir le patient. Elle freine alors le médecin dans son investissement auprès du patient.
- Le fait de se sentir « jugé » de manière négative par le patient
- La colère, qui peut s'exprimer par un agacement, ou une nervosité du médecin. Elle a notamment été décrite en réaction à des demandes excessives ou inappropriées
  - « Mais en fait ce qui est dingue c'est à quel point les relations qui se passent bien, qui sont pourtant pluriquotidiennes, ne remplissent pas autant notre vase de.. de je sais pas, de confiance en nous, de bien-être, que les relations qui se passent mal ne le vident en quelques secondes » (F8) ;



- « Si j'en ai un dans le lot avec qui ça s'est mal passé je repars avec l'idée que j'ai pas bien fait mon boulot, que je suis un mauvais médecin, que j'ai pas bien géré le truc et que... Souvent en me culpabilisant » (F3) ;
- « J'en parle parce que je sais que je le vois cette après-midi, et du coup j'appréhende un peu. » (F3) ;
- « Mais autrement c'est surtout la relation qui fait que j'ai pas du tout envie de me décarcasser quoi » (F9) ;
- « Et les gens ils me jugeaient un peu à la fin. » (F6) ;
- « Donc on finit par taper du poing sur la table » (H1)

In fine, des relations sources de mal-être pour le médecin peuvent aboutir au **refus de continuer de suivre le patient**. Il s'agit d'une décision parfois difficile pour les médecins, mais qui peut être facilitée par la discussion avec des pairs. Ces ruptures sont décrites comme une protection vis-à-vis de relation qui apportaient trop de mal-être au médecin.

- « Avec l'expérience les relations qui me faisaient du mal je... j'ai rompu. » (F5) ;
- « Euh, la fois où je me suis retrouvé à devoir virer un patient du cabinet. Ouais ça c'est pas très agréable » (F4) ;
- « j'y arrive maintenant, aidée par mes collègues, soutenue, en discutant, ils me disent « nan faut que t'arrête, ça ira dans le mur ton truc t'auras forcément des emmerdements... » » (F5)

Une **relation conflictuelle** est susceptible de provoquer du mal-être, une perte de confiance en soi, une difficulté à dire les choses, et des ruminations chez le médecin.

- « Et c'est pour ça je te disais, moi si y'a quelque chose qui me fait arrêter, c'est ça, c'est qu'une un de ces conflits me, m'assomme un peu plus ou quoi... [...] j'ai plus l'impression que ça m'ébranle et que ça me fait perdre la confiance en moi que j'essaye d'acquérir » (F8) ;
- « Mais oui moi vraiment, je pense que ce qui me fait souffrir c'est que je refais les discussions, c'est-à-dire que quand y'a un conflit, sur le moment j'arrive pas forcément à dire tout ce que j'ai à dire » (F8)

Les autres éléments relationnels décrits comme source de mal-être chez le praticien étaient :

- Une certaine **tension** dans la relation est susceptible d'être source de souffrance pour le médecin :
  - « Si en plus les consultations sont dans la tension permanente, déjà pour réfléchir c'est plus compliqué, voilà. Donc c'est vraiment pour moi le point de souffrance. » (F7)
- Une **rupture de la relation de confiance** :
  - « Donc ça l'est arrivé deux fois comme ça de rendre des dossiers à des patients. Parce que je pense que la relation de confiance était plus là, voilà, y'avait plus ça, et je pense que pour faire de la bonne médecine, il faut une relation de confiance. » (F7)
- Des **difficultés de communication**, qui peuvent empêcher les médecins de bien comprendre leur patient, ou encore donner le sentiment aux patients qu'ils manquent d'informations :
  - « Alors de malaise c'est surtout je trouve, bah quand la communication est compliquée ou euh » (F1) ;
  - « Et c'est un couple que j'avais du mal à cerner, je n'arrivais pas à comprendre s'ils s'entendaient bien entre eux ou pas. Ils venaient tous les deux pour les consultations de suivi de la petite. Et gros blancs, et je n'arrivais pas à savoir si les gros blancs c'est qu'ils n'étaient pas à l'aise avec moi ou qu'ils s'entendaient pas entre eux » (F4) ;
  - « En fait les situations pas confortables c'est soit quand ils ont l'impression de manquer d'information » (F4)
- Des modalités **relationnelles** « asymétriques » de type **paternaliste** ou **consommériste** :
  - « Par exemple les patients chez qui on prescrit quelque chose on sent que y'a une discussion [...] et à l'inverse, pas ils nous demandent qu'on prescrive et on fait quoi [...] pas juste je prescris vous prenez » (F4)
- Une difficulté ou le besoin ressenti d'imposer, de démontrer son **rôle au sein de la relation** patient-médecin :
  - « Il faut prouver que, voilà, ils sont pas le médecin, c'est vous le médecin. Et ça ça créé aussi un peu de... » (H1)
- Une **inadéquation entre le comportement du patient et la tolérance du médecin** :
  - « Il est arrivé dix minutes en retard, sur sa consult, mais je crois que c'était la fois de trop » (F3) ;
  - « C'était des moments où on a été poussés dans nos retranchements quoi » (F5)

## DISCUSSION

### 1. DISCUSSION DE LA METHODE

La méthodologie qualitative nous a semblé la plus appropriée pour répondre à notre objectif de recherche. En effet, le caractère subjectif du sujet étudié, ainsi que l'absence de littérature précédente explorant le détail des interactions entre état d'esprit du médecin et qualité de la relation en font la méthodologie de premier choix.

La discussion concernant notre méthodologie a été guidée par la grille COREQ (Consolidated criteria for REporting Qualitative research), permettant l'évaluation de la qualité d'une recherche qualitative selon 32 items répartis en 3 groupes.

#### 1.1. Equipe de recherche et de réflexion

##### 1.1.1. Caractéristiques personnelles

L'enquêteur travaillait en tant que FFI dans un SSR en milieu rural lors de l'enquête. Il avait par ailleurs travaillé plus de deux ans en tant que remplaçant dans des cabinets libéraux de médecine générale. Il s'agissait de son tout premier sujet de recherche qualitative.

Le directeur de thèse de cette étude avait une expérience fournie en recherche qualitative, notamment dans le domaine de l'anthropologie, et avait déjà dirigé d'autres thèses qualitatives.

Le manque d'expérience de l'enquêteur a pu influencer les réponses des participants, à travers leur perception de l'enquêteur, mais également à travers la façon de poser des questions, de reformuler ou de relancer. L'expérience de l'enquêteur en tant que remplaçant en médecine générale libérale a également été susceptible d'influencer la manière dont il a conduit ses entretiens. Ces éléments d'influence ont été atténués par un canevas d'entretien précis, canevas qui a été modifié une fois en cours d'étude, justement afin de préciser certaines formulations.

Le fait que l'enquêteur soit faisant fonction d'interne a également pu constituer un biais, limitant les réponses des participants par peur du jugement par un pair.

L'enquêteur avait un antécédent personnel de syndrome d'épuisement professionnel, antécédent qui a bien sûr concouru au choix du sujet et a pu induire un biais dans la composition de la méthodologie et l'analyse des résultats.

Enfin, il nous semble important de préciser que l'enquêteur et le directeur de thèse sont de Nationalité et de culture Française, culture fortement imprégnée, entre autres, d'un passé catholique encore proche. Cette appartenance culturelle a probablement influencé l'ensemble du processus de composition de ce travail, depuis l'impulsion du thème, en passant par la rédaction de la méthodologie, jusqu'à l'analyse des données et la présentation des résultats. Cette influence a pu s'exercer notamment sur la structure du guide d'entretien, bipolaire, opposant bien-être et mal-être. Elle a également pu exercer une influence en ce qui concerne le caractère « positif » ou « négatif » de certaines interactions relevées lors de l'analyse, ces notions sont également subjectives, et, bien que leur caractère positif ou négatif soit relativement consensuel dans notre société et notre culture, il nous semble important de préciser que ces normes culturelles ne sont pas absolues et peuvent donc constituer un biais dans l'interprétation des données.

### **1.1.2. Relations avec les participants**

L'enquêteur ne connaissait personnellement ou professionnellement aucun des participants.

### **1.1.3. Posture initiale du chercheur et journal de bord**

Du fait de son expérience de remplacement en cabinets de médecine générale, de la bibliographie préparatoire et de sa sensibilité propre, l'enquêteur avait une posture initiale détaillée dans le journal de bord. Cette posture est susceptible d'avoir influencé la manière dont les entretiens ont été conduits, et donc les réponses des participants.

Le journal de bord a été tenu tout au long de la réalisation de ce travail. Il retrace entre autres l'évolution de la posture de l'enquêteur.

Cette posture initiale a été susceptible de conditionner tout le design de l'étude, et donc les réponses des participants. Afin de limiter ce biais, les questions du canevas d'entretien et les questions de relance sont restées très ouvertes, ce qui en retour a pu induire un autre biais de non-exploration de sujets très spécifiques.

## 1.2. Conception de l'étude

### 1.2.1. Cadre théorique

Le choix de la méthodologie a été pleinement discuté dans la partie matériel et méthodes.

### 1.2.2. Sélection des participants

Les participants ont été sélectionnés selon le principe de l'échantillonnage raisonné en variation maximale, qui ne recherche pas la représentativité de la population étudiée, mais des profils aussi variés que possibles.

Les participants ont été contactés par téléphone, le plus souvent via leur secrétariat. Dans un premier temps, nous ne présentions pas du tout le sujet de l'étude afin de limiter le biais de sélection lié à l'intérêt pour le sujet, ainsi qu'un biais de préparation du sujet par les participants en amont des entretiens. Mais devant l'absence totale de réponse positive, nous avons fait le choix de présenter un minimum les thèmes de l'étude sans spécifier la question de recherche (à savoir « il s'agit d'une étude qualitative s'intéressant à la relation patient-médecins et au bien-être des praticiens »).

13 participants ont répondu par la positive. Cela représentait moins de 10% des personnes sollicitées (137 au total). Ce très faible taux de participation illustre probablement une faible disponibilité de la population étudiée, et peut-être un intérêt moindre pour la méthodologie qualitative ou le sujet étudié. Certains profils semblaient moins disponibles que d'autres. Ainsi, malgré des appels ciblés sur les médecins ruraux, de sexe masculin, célibataires, nous n'avons pu recruter que 4 médecins exerçant en milieu rural ; 3 médecins de sexe masculin ; et seulement 2 médecins ne vivant pas en couple. Il est donc possible qu'il existe un biais de sélection lié à la disponibilité de certains profils, et que certains aspects de la réponse à notre problématique qui pourraient être spécifiques de ces profils nous aient échappé. Un des entretiens n'a pas pu être retranscrit en verbatim ni analysé en raison d'une panne matérielle.

Il existe donc trois types de biais possibles liés à la sélection des participants : l'intérêt pour le sujet, une préparation du sujet en amont des entretiens, et la disponibilité des participants.

### 1.2.3. Contexte

Les entretiens ont été réalisés dans un lieu à la discrétion des participants. La plupart des entretiens ont été réalisés dans le bureau médical des participants, un entretien dans la salle de pause du cabinet, et deux entretiens au domicile des participants. Il s'agissait de lieux calmes et les entretiens ont été réalisés sans tierce personne présente. Cependant, deux des entretiens ont été interrompus, de manière récurrente, par des coups de téléphone du secrétariat des participants, rompant la continuité de la conversation et hâtant probablement les participants à terminer l'entretien. Ces interruptions sont susceptibles d'avoir induit un biais dans notre recueil.

Les entretiens ont par ailleurs été réalisés lors des mois de Juillet et d'Août 2023. Il s'agit d'une période de départs en vacances et de moindre disponibilité des professionnels de santé, qui a probablement concouru au faible taux de participation précédemment mentionné.

### 1.2.4. Recueil des données

Le guide d'entretien a été réalisé à l'issue d'une bibliographie préparatoire par l'investigateur et le directeur de la thèse. Sa nature manichéenne (bien-être versus mal-être) a été discutée en amont. Ce choix s'est justifié par l'objectif de la thèse d'une part, et d'autre part par le souhait d'étudier les côtés positifs, et les côtés négatifs du sujet plutôt que de se limiter à un seul de ces deux aspects ; et donc d'amener les participants à s'exprimer sur ces deux aspects plutôt qu'un seul. La contrepartie de ce choix méthodologique est l'induction d'un biais dans les réponses, de nature manichéennes également, qui nous a peut-être empêchés de soulever des éléments de réponse de nature plus nuancée.

Deux entretiens pilotes ont été réalisés, qui n'ont pas été inclus dans l'analyse. Il s'agissait pour l'enquêteur de se familiariser avec les entretiens semi-dirigés. Au terme de ces entretiens, le canevas d'entretien a été modifié afin d'éviter de n'induire de réponse dans les questions posées.

Le guide d'entretien a été modifié une fois au cours de l'enquête. En effet, après 2 entretiens, il nous est apparu que les questions posées n'étaient pas symétriques et opposaient les notions de « bien-être » à celle « d'exposition au stress professionnel ». Ce premier choix sémantique a été induit par la littérature scientifique qui traite très peu de « mal-être professionnel », quand la littérature au sujet de l'exposition au stress professionnel est extensive ainsi que celle liée au bien-être au travail sont extensives. Nous avons donc modifié le guide d'entretien afin de le rendre plus symétrique, et

moins spécifique de cet aspect du mal-être qu'est l'exposition au stress professionnel. In fine, le guide d'entretien opposait donc les « relations sources de bien-être professionnel » aux « relations sources de mal-être professionnel ».

L'enquêteur a utilisé un dictaphone afin de réaliser les enregistrements audios. Les éléments de communication non verbale qui semblaient pertinents ont été notés lors de l'entretien.

Le seuil de saturation, déterminé à 2 entretiens n'apportant pas de nouvelles données, correspond à un seuil classique en méthodologie qualitative.

Une retranscription anonymisée des entretiens a été envoyée par courriel aux participants, en accord avec la méthodologie expliquée au début de chaque entretien. Cette retranscription était accompagnés d'une fiche explicative proposant notamment d'apporter des modifications au verbatim. Aucun participant n'a souhaité modifier le verbatim envoyé.

### **1.3. Analyse et résultats**

#### **1.3.1. Analyse des données**

Les données ont été codées par l'enquêteur. Ce codage a été réalisé à l'aide du logiciel MaxQDA®.

La nature hautement subjective du sujet exploré laisse la place à un certain flou sémantique qui n'a pas pu être précisé systématiquement, sans quoi les entretiens auraient été trop longs, et probablement interrompus par les participants. Pour ne citer que quelques exemples : quelle différence entre l'expression d'une « nervosité », d'un « agacement », d'une « irritabilité », etc ; ou encore la nature, purement émotionnelle ou comportementale, d'un élément de réponse est parfois difficile à préciser (en parlant de « nervosité » par exemple, les participants n'étaient pas toujours spécifiques du caractère internalisé ou comportemental de cette nervosité). L'analyse transversale a d'abord été réalisée en collant au plus proche de la sémantique personnelle des participants, puis dans un second temps, un regroupement des éléments nous ayant semblé faire partie d'un même thème a été réalisé. Ces groupements, hautement subjectifs, et parfois liés à l'impression de l'enquêteur quant à la signification de tel ou tel élément du verbatim, est une source de biais potentiel.

Par ailleurs, le manque d'expérience de l'enquêteur et principal analyste a également pu induire un biais quant au codage de certaines données subjectives et sémantiquement floues.

Afin de limiter ces biais, deux entretiens au hasard ont été codés de manière indépendante par l'enquêteur et par le directeur de la thèse, puis les résultats de ces deux analyses ont été triangulés, afin de s'assurer de la reproductibilité du codage de l'analyste principal.

Les thèmes et sous-thèmes ont été dégagés de manière inductive, au fil de l'analyse des entretiens.

### **1.3.2. Rédaction des résultats**

Les résultats ont été présentés selon un plan illustrant les différents thèmes et sous-thèmes apparus lors de l'analyse inductive. Ces thèmes et sous-thèmes ont été illustrés par les unités de sens pertinentes dégagés lors de l'analyse transversale. Chacune de ces unités de sens est issue des verbatims des participants, et associé à une citation afin de le démontrer.

Nos résultats étant relativement volumineux, nous avons choisi de ne pas faire apparaître de thèmes secondaires dégagés lors des entretiens (notamment les influences entre l'état d'esprit des praticiens et un certain nombre d'éléments externes à la relation, la relation aux proches et à la famille, les perspectives préventives), et de nous en tenir aux éléments qui répondaient sans équivoque à notre objectif de recherche principal.

## **1.4. Forces de l'étude**

La méthodologie qualitative est particulièrement appropriée à ce sujet de recherche, peu exploré, et de nature hautement subjective. Le choix des entretiens individuels nous a semblé également particulièrement pertinent, permettant, grâce à l'intimité et l'anonymat total des participants, de recueillir des données de nature sensible, ou considérées comme « tabous », que d'autres formes méthodologiques auraient pu masquer.

L'attitude sympathique et compréhensive de l'enquêteur, saluée par plusieurs participants, a probablement été un atout afin de mettre en confiance certains participants, et permettant de recueillir des données de nature sensible qui auraient pu être occultée sans ce sentiment de confiance.



La durée relativement longue des entretiens (environ 30 minutes en moyenne), particulièrement de certains entretiens ayant duré plus d'une heure, nous a permis d'explorer le sujet de manière complexe et fine à la fois.

La relation entre ces deux notions que sont l'état d'esprit du médecin, et la relation patient-médecin, au centre de la pratique quotidienne des médecins généralistes, et donc l'intérêt porté par les participants sur le sujet, autant que la grande diversité des idées qu'ils avaient à exprimer sur le sujet nous semblent être une autre force de l'étude.

Enfin, le caractère inédit de certains de nos résultats, comme discuté dans la partie 2 de ce chapitre, nous semble être l'atout le plus significatif de notre étude.

## **1.5. Critères de scientificité**

La pertinence des critères de scientificités (qu'ils soient partagés par les méthodologies quantitatives et qualitatives, ou propres à l'une ou à l'autre) ont été largement débattu dans les milieux académiques. Nous avons choisi d'évaluer la scientificité de notre étude selon les critères proposés par M. Drapeau. (37)

### **1.5.1. Validité interne, ou crédibilité**

La validité interne représente l'idée que les observations effectuées sont effectivement représentatives de la réalité observée.

La méthodologie, impliquant un raisonnement inductif, est le meilleur garant de cette validité interne. La validité interne ne pouvant être absolument parfaite, sa principale faiblesse, et qui concerne la recherche qualitative par essence, est liée au caractère relatif de la sémantique (sémantique culturelle, personnelle, etc.), que nous avons déjà discuté plus haut. La triangulation du codage de deux entretiens est un élément nous ayant permis d'atténuer cette faiblesse.

Le fait que le chercheur soit engagé activement dans le sujet, de par ses antécédents, sa formation et sa profession, est également un élément venant renforcer la validité interne de notre travail, l'enquêteur ayant pu expérimenter lui-même un certain nombre des processus décrits dans nos résultats.

Un travail de relecture a été effectué afin de vérifier l'absence d'incohérence dans les déductions et interprétations faites lors de l'analyse des données.

### 1.5.2. Validité externe, ou transférabilité

Il s'agit de la possibilité de généraliser des observations à des objets ou des contextes différents.

Dans les travaux qualitatifs, la validité externe est étroitement liée au principe de saturation (ou « complétude »), mais également à la variabilité de l'échantillon, qui permettent de saisir les similarités et les différences, d'une personne à l'autre, dans le vécu d'une expérience.

Dans notre travail, la saturation a été atteinte (avec un seuil de 2 entretiens n'apportant plus de nouvelle information) à 12 entretiens. La durée et la richesse de certains entretiens (plus d'une heure pour 2 d'entre eux) nous a permis d'explorer de nombreuses facettes du problème étudié.

La variabilité de l'échantillon était suffisante dans tous les critères sauf un. Le seul critère dont la variabilité pourrait être discuté était la satisfaction professionnelle. Nous n'avons pas pu trouver de participant donc le score de satisfaction professionnelle était inférieur à 5. Plusieurs explications pourraient s'entremêler : le fait que la plupart des médecins soient satisfaits de leur profession, ou encore le fait que les médecins les moins satisfaits soient moins enclins à participer à une étude (d'une manière générale ou sur notre sujet en particulier). Ce manque de variabilité concernant la satisfaction professionnelle aurait pu biaiser nos résultats, masquant certaines réalités qui pourraient être propres à ce profil de médecins insatisfaits dans leur travail, mais n'enlève en rien la validité externe pour toutes les autres catégories.

### 1.5.3. La cohérence interne, ou fidélité

Il s'agit de la reproductibilité des résultats pour une même méthodologie. Elle est donc liée à la validité externe.

Elle est assurée par une description précise de la méthodologie, ainsi que par la vérification des résultats par chercheurs et pairs.

Elle est renforcée par l'implication sur le long terme sur le terrain (résultats cohérents avec l'expérience de, et observés de manière récurrente, au quotidien par l'enquêteur et le directeur de thèse lors de leur expérience de la médecine générale libérale).

#### **1.5.4. L'objectivité**

Il s'agit du critère le plus difficile à maximiser dans le cadre de la recherche qualitative. L'impact des caractéristiques personnelles de l'enquêteur a déjà été discuté en amont et vient inévitablement biaiser l'objectivité. Cependant, ce biais a été diminué par le caractère ouvert des questions du guide d'entretien, et par le caractère inductif de la réflexion analytique. La discussion des caractéristiques personnelles de l'enquêteur et des analystes est un élément indispensable afin de renforcer cette objectivité.

#### **1.5.5. Largeur versus profondeur**

Ces deux concepts, sans s'opposer complètement, sont difficile à allier. La largeur représente la variabilité des phénomènes recueillis la plus grande possible, tandis que la profondeur représente la finesse de l'analyse d'un seul et même phénomène. Différentes méthodologies au sein de la recherche qualitative cherchent à maximiser l'un ou l'autre. Nous avons choisi de privilégier la largeur de l'analyse, en gardant des questions extrêmement ouvertes, et en variant les thèmes des questions afin qu'ils couvrent l'ensemble du sujet étudié.

## 2. ANALYSE DES DONNEES ET MISE EN RELIEF PAR LA LITTERATURE

### 2.1. L'influence exercée par le médecin

Notre étude retrouvait un ensemble d'éléments émotionnels et comportementaux émanant du médecin et exerçant une influence sur le patient et la relation. Ces éléments ont été décrits en termes plutôt positifs ou plutôt négatifs.

Parmi les **éléments positifs**, un état d'esprit marqué par du bien-être, du calme, de la confiance en soi, et un comportement marqué par l'écoute, la réassurance, la détente, l'aise, le sourire et l'humour étaient susceptibles d'exercer une influence positive sur le patient et sur la relation.

Parmi les **éléments plus négatifs**, un état d'esprit teinté de mal-être, et un comportement marqué par de la nervosité, des critiques, remontrances et recadrages de la hâte, un manque d'écoute, des signalements aux autorités, ou encore des refus d'accéder aux demandes des patients voire de les prendre en charge étaient susceptibles de provoquer des réponses émotionnelles et comportementales négatives chez le patient, et de dégrader la qualité relationnelle.

Ces résultats concordent avec les résultats d'autres études se penchant sur des aspects plus spécifiques de la question, mais montrant également une influence exercée par le médecin sur le patient et la relation. Ainsi, la confiance en soi semble permettre une gestion du doute plus saine, et une meilleure adhésion chez le patient. Les médecins apprennent peu à peu à dire non pour se protéger. (8) L'apparence et l'attitude du médecin, par exemple une attitude souriante, semble conditionner la perception du patient quant aux compétences du médecin, la confiance qu'il accorde à ce dernier, et la relation qui s'établit entre les deux parties. (9) L'empathie, qui n'a pas été mentionnée par les participants à notre étude semble être un facteur clef de la perception d'une bonne qualité relationnelle par le patient. (38) Son rôle peut être perçu comme à double tranchant. Nécessaire à la compréhension de l'expérience du patient et donc à l'établissement d'une relation de qualité, elle est aussi un facteur de vulnérabilité pour le médecin. (24,25) L'apparence du médecin et son attitude, et la perception qu'en ont les patients, largement influencée par son état de santé et de bien-être, peut être perçue comme une « vitrine », et influencera, via la perception du patient, la relation qui s'établira entre les deux. (9) Un état d'esprit stressé est susceptible de conduire le médecin vers une plus grande propension à entrer dans un climat de conflit avec les patients. (21)

## 2.2. L'influence exercée par le patient

Notre étude retrouvait un ensemble d'éléments émotionnels et comportementaux émanant du patient et exerçant une influence sur le médecin et la relation. Ces éléments ont également été décrits en termes plutôt positifs ou plutôt négatifs.

La **personnalité des patients** a été mentionnée comme potentiel facteur de bien-être ou de mal-être professionnel. Il apparaît notamment qu'une personnalité proche de celle du praticien est source de bien-être, quant une personnalité trop différente est source de mal-être. Une autre étude qualitative a montré les **affinités naturelles** sont importantes. Les médecins évoquent l'importance de la première impression, et les affinités réciproques sont un critères de bonne relation. (8) Les praticiens n'ont pas évoqué leur propre personnalité. Pourtant, une revue de la littérature pose la question de la responsabilité du patient seul dans ces relations « qui se passent mal », proposant que la relation est le résultat de la rencontre de deux personnalités, et que l'attitude du médecin en face de ces « personnalités difficiles » est également à remettre en question. (39) Ainsi, chez le médecin, la dimension neurotique de sa personnalité, des traits de caractères autocritiques, « moins souple », perfectionniste, des tempéraments dysthymique ou obsessionnel sont connus pour être des facteurs de stress professionnel. (24)

Parmi les **éléments positifs**, un état d'esprit marqué par le bien-être, la confiance (avec ses conséquences comportementales), la satisfaction, ou un comportement sympathique et marqué par de la reconnaissance et de la valorisation, un certain respect du cadre de la relation, une attitude bienveillante et un intérêt pour le médecin en tant que personne étaient susceptibles d'exercer une influence positive sur le médecin et sur la relation.

Parmi les **éléments plus négatifs**, un état d'esprit teinté de mal-être, de stress, de douleur, de tristesse, ou un comportement marqué d'un manque de respect, exigeant ou contraignant (notamment via de l'agressivité, de l'impatience, ou de l'insistance) tendant vers une attitude de consumérisme de soins, ou encore un manque de reconnaissance, de la mauvaise foi, ou un manque de soin de soi étaient des éléments exerçant une influence négative sur le médecin et la qualité relationnelle.

Cela concorde avec plusieurs études qui ont relevé une influence du patient sur le médecin et sur la relation. La **confiance** est une composante essentielle, et particulière de la relation patient-médecin, en cela qu'elle constitue à la fois une résultante des modalités communicationnelles et relationnelles mises en jeu par le passé, mais également un des déterminants de la relation au moment présent et à venir. (23,40) Au contraire, la **méfiance** de la part des patients semble source de mal-être, et une étude a montré une corrélation entre le score de dépersonnalisation (une des composantes

du syndrome d'épuisement professionnel) et le fait que les médecins ressentent que leurs connaissances et leur autorité étaient souvent remise en cause par les patients. Le fait d'avoir un **contentieux judiciaire** (donc une plainte de la part d'un patient à l'origine) est également corrélé à un score de dépersonnalisation élevé dans cette étude. (31) La **fidélité** des familles semble vécue comme une marque de reconnaissance envers le médecin, ce qui participe à la force du lien relationnel. (8) Des **demandes perçues comme inadaptées** déclenchent un ensemble de réponses émotionnelles et comportementales chez le médecin ; réponses dont la qualité semble influencée par la confiance en soi du praticien. (31) Les contraintes exercées par le patient déclenchent chez le médecin un « sentiment d'être forcé » (que nous avons codé comme « **contrainte** » dans notre étude) qui est susceptible d'entraîner des reproches à soi-même (culpabilité) et un sentiment d'échec chez le médecin. (41)

Notre étude retrouve des résultats très bipolarisés : cercles vertueux bien-être / bonne relation ou cercle vicieux mal-être / mauvaise relation. Certains de nos résultats montraient une réalité plus nuancée mais ils étaient anecdotiques (par exemple le fait que la déprime rende plus perceptif à certaines souffrances des patients ou encore qu'une plainte déposée par un patient puisse nous conduire à nous remettre en question. Ces influences nuancées se retrouvent également dans la littérature. Par exemple, les demandes inadaptées des patients étaient également associée à des éléments neutres ou positifs, tels qu'une remise en question de la part des praticiens, ou encore l'éducation progressive de la patientèle. (41)

### 2.3. L'influence entre l'état d'esprit et le comportement du médecin

Notre étude a relevé un ensemble d'influences entre émotions et comportement du médecin. Ces influences internes permettent probablement de combler certains trous et d'expliquer plus précisément certaines réactions comportementales du médecin face à certains comportements du patient.

Sur un **versant positif**, le sentiment de valorisation était source de bien-être. Le bien-être lui-même était la source de tout un ensemble de conséquences comportementales d'allure plutôt positives (communication non-verbale, disponibilité, résilience, facilitation de la réflexion, confiance en soi). La confiance en soi elle-même générerait également plusieurs conséquences positives (aise, moins de fatigue, légèreté, amélioration de la qualité relationnelle).

A contrario, de manière plus **négative**, certains éléments de l'état d'esprit des médecins, comme le mal-être, la fatigue, le stress et la nervosité, la tristesse, la peur, et le manque de confiance en soi, étaient décrits comme la source d'un ensemble de conséquences émotionnelles et comportementales plutôt négatives chez le médecin lui-même.

Un certain nombre d'études, principalement sur le syndrome d'épuisement professionnel, retrouvent effectivement des éléments d'influence entre l'état d'esprit du médecin, ses émotions, et son comportement. Par exemple, un article explorant diverses facettes du burnout citait le fait de « se sentir bien préparé à ou efficace dans la prise en charge des patients » comme un facteur protecteur majeur contre le syndrome d'épuisement professionnel, ayant un effet positif sur ses trois composantes. (31) Une autre étude montrait que le niveau de burnout était corrélé négativement au niveau d'engagement des professionnels de santé. (26) Une étude qualitative a tenté d'explorer les facteurs intermédiaires entre le stress et la qualité des soins prodigués montrait que le stress entraînait les médecins vers une pratique plus défensive, et diminuait leur « créativité relationnelle », les amenant à adopter des comportements plus stéréotypés. (21)

#### 2.4. L'influence de la relation elle-même sur l'état d'esprit du médecin

Notre étude montre que la perception de la qualité de la relation peut être différente du médecin au patient. Cela concorde avec les résultats d'une étude démontrant que les médecins décrivent certaines valeurs comme moins importantes, alors que ces mêmes valeurs sont essentielles aux yeux des patientes. C'est le cas par exemple de la compréhension, de l'ouverture d'esprit, de l'amicalité et des compétences sociales, de l'attention et du soin (caring). (40)

Nous avons mis en lumière l'existence théorique de **cercles vertueux** ou de **cercles vicieux** liant l'état d'esprit du médecin à la qualité de la relation patient-médecin. Ce résultat est cohérent avec les résultats d'une étude proposant un modèle cyclique, où le burnout altère la qualité de la relation avec les patients, entraînant leur dissatisfaction et une moindre adhérence thérapeutique ainsi que des issues de santé moins bonnes, ensemble venant en retour majorer le niveau de stress professionnel, donc de burnout. (30) Cette existence de « cercles d'influence » a été citée par un participant, mais se retrouve également de manière indirecte dans notre étude. Ainsi, certains principes sont à la fois retrouvés comme conséquence chez l'une des deux parties, et comme cause de réactions chez l'autre. Par exemple, une certaine nervosité chez le médecin

sera susceptible d'entraîner une insatisfaction chez le patient, insatisfaction qui peut aller jusqu'au dépôt de plainte, plainte qui elle-même majore le niveau de stress du médecin, stress qui est susceptible de générer à son tour de l'agressivité de la part du médecin... Afin de visualiser au mieux toutes ces influences, nous avons réalisés des schémas représentant les influences relevées dans notre étude, disponible en annexes 3 à 7. Ces schémas, dans une perspective de lisibilité, sont relativement simplifiés, ils ont pour vocation d'illustrer les influences entre état d'esprit et comportement du médecin, du patient, et avec la relation patient-médecin.

Certains éléments relationnels ont été cités comme impactant le médecin, son état d'esprit et son comportement. Cette influence exercée par la relation et ses caractéristiques sur le médecin, son état d'esprit et / ou son comportement se retrouve dans un certain nombre d'autres études.

Les **relations « humaines »**, incluant des conversations qui dépassent le champ strictement professionnel, étaient cités comme un facteur important de bien-être professionnel par les enquêtés. Il est démontré qu'un engagement uniquement cognitif peut mener à une communication qui peut apparaître superficielle et manquer d'empathie, impactant par là-même la confiance accordée par le patient, et donc la nature même de la relation. (42) Un article explorant diverses facettes du syndrome d'épuisement professionnel met en avant le côté relationnel de la pratique médicale comme facteur d'estime de soi, et donc de bien-être. (21) Un autre article montre que le fait d'établir une connexion « forte et intime » avec les patients était un facteur protecteur contre le syndrome d'épuisement professionnel. (43) Cependant, certains médecins ont avancé que ce type de relation « idéale » et donc pleine de compassion puisse également véhiculer stress et burnout, notamment devant le fait de voir quelqu'un à qui on s'est attaché qui souffre, ou lorsqu'on se sent impuissant à aider une personne. (23) Les **suivis au long cours** sont source de satisfaction professionnelle. (19) Cette satisfaction est médiée par plusieurs éléments : relations privilégiées avec les patients (facteur de l'accomplissement personnel du médecin), élément de valorisation personnelle (marques de reconnaissance et fidélité de la patientèle), critère de confort dans l'exercice, et concordance avec les valeurs qu'ils placent dans leur profession et concordance avec les valeurs qu'ils placent dans leur profession. (8) Une étude a montré que les relations avec la patientèle étaient un élément important afin de « donner » sens à leur profession, et donc un facteur de bien-être professionnel. (23)

A contrario, les relations « difficiles » sont sources de mal-être professionnel. Une étude décrit un « sentiment désagréable » pour le médecin lors de ces **relations conflictuelles**. (41) Les **tensions avec le public** sont connues comme facteur de stress professionnel. (21,22) Les « **relations difficiles** » sont source de frustration, de colère, de déception, de désespoir (« hopelessness ») et d'un sentiment d'impuissance autant chez le médecin que chez le patient. (39)



Les **relations de type consumériste** ont été décrites comme source de mal-être chez le praticien de manière univoque. Une étude qualitative chez des médecins pratiquant depuis plus de 30 ans retrouve une insatisfaction professionnelle dans l'inversion subie du rapport d'autorité avec une partie de la patientèle. (8)

Concernant les **relations de type paternaliste**, les résultats sont plus discutables et sujet à interprétation. Certains médecins ont décrit ces relations paternalistes comme source de mal-être. En revanche, sans être aussi directs, un certain nombre de participants insistaient sur le fait que, pour établir une relation source de bien-être, les patients devaient leur faire confiance (dans le sens de valider leurs propos et conseils), et « ne pas remettre en question tout ce qu'on leur propose ». Il s'agit là d'un point de vue orienté vers le paternalisme, où le médecin prend une posture de sachant que le patient ne devrait pas remettre en question. Cela concorde avec les résultats d'une étude qualitative sur l'évolution de la relation médecin-patient lors de suivis au long cours, dans laquelle certains médecins semblaient assumer entièrement un rapport dominant-dominé dans lequel ils se placent comme dominant ou sachant. Paradoxalement, certains médecins utilisent ce qu'ils nomment contrat de soins pour se défaire d'une patientèle ne leur accordant pas assez de confiance, et ne se pliant pas suffisamment à ses recommandations, pour établir des relations, de fait, paternalistes. (8)

## 2.5. Evolution de la relation et de l'état d'esprit des médecins

La relation patient-médecin a connu une évolution rapide sur les dernières décennies. L'horizontalisation a permis de se défaire des torts du paternalisme et de voir émerger le concept de partenariat de soins. Mais la charge administrative croissante a privé les médecins d'une partie du temps qu'ils consacraient à leurs patients. L'hyper-législation de la société, et une information et des exigences croissantes de la part des patients ont concouru à l'instauration d'un climat de méfiance avec certains patients et à un sentiment de dévalorisation de la part des médecins qui a pu concourir à un certain désengagement de leur part. In fine, la qualité de la communication entre malades et patients semble se dégrader, et le nombre de critiques concernant le manque de temps et d'attention accordé par les médecins aux patients va croissant. (1,2,4,40,44).

En parallèle, la santé des médecins semble se dégrader, et le taux de syndromes d'épuisement professionnel est à la hausse. (45) Cette évolution n'est pas sans conséquences, et il existe une corrélation entre taux de burnout d'une part, et le taux d'erreurs médicales, la qualité de la communication, et le niveau de satisfaction des patients d'autre part. (34) Mais ces évolutions ne concernent pas que les médecins personnellement, et sur un plan plus systémique, certains auteurs signalent que la

fatigue et le burnout des médecins a un effet néfaste sur le système de santé dans son ensemble, rappelant la corrélation inverse entre burnout et productivité, et le fait qu'une hausse du taux de burnout conduit donc à un amenuisement des ressources de santé globales. (34) Certains auteurs, adoptant une analyse systémique, ont avancé que la recrudescence du taux de burnout pouvait être lié à une rupture du contrat social implicite entre médecins, politique et patientèle, avec une majoration des contraintes et une minoration des avantages. (26)

Un certain nombre d'éléments retrouvés dans notre étude peuvent concourir à faire un lien entre ces évolutions relationnelles et la majoration de la prévalence du syndrome d'épuisement professionnel chez les médecins. Ainsi, malgré que le fait d'établir une relation de partenariat de soins était une source de bien-être pour les praticiens, l'ensemble des autres éléments concernant l'évolution de la relation (climat de méfiance, hyper-législation, exigences importantes des patients, sentiment de dévalorisation, relation de prestation de service, moindre disponibilité des médecins, dégradation de la qualité de la communication, critiques de la patientèle, hausse du taux de plaintes) sont, eux, associés aux relations sources de mal-être professionnel. Malgré que les relations « sources de bien-être » semblent toujours être la norme, les participants ont régulièrement mentionné l'idée que les relations « qui se passent mal » avaient un impact émotionnel bien plus important sur eux. Ainsi, une hausse des relations conflictuelles et une dégradation de la communication pourrait avoir un impact décuplé sur l'état d'esprit et la santé des praticiens, et donc sur le système de santé dans son ensemble.

## 2.6. Pistes d'optimisation

Nous avons retrouvé dans la littérature un ensemble de pistes, à plusieurs niveaux, afin d'améliorer conjointement la qualité relationnelle et la qualité de l'état d'esprit des médecins et de le faire tendre vers plus de bien-être.

A un **niveau personnel**, les mesures possibles sont nombreuses. Parmi elles, la balance vie privée / professionnelle (avec une gestion effective des contraintes professionnelles), un travail de réflexion sur sa pratique et notamment sa pratique relationnelle, une évaluation de ses propres compétences communicationnelles, des échanges réguliers avec confrères et collègues et un investissement actif dans la formation continue. (21) Certains auteurs ont avancé qu'un apprentissage de plusieurs styles relationnels et communicationnels pourrait être une solution pour mieux appréhender l'extrême diversité des situations (personnalités et comportement des patients notamment) rencontrées en soins primaires. (5)

A un **niveau systémique**, l'ancien contrat social ne semble plus compatibles avec les nouvelles contraintes du système de santé et de la société et pourrait être un facteur de la dégradation de la qualité de l'état d'esprit des médecins. Certains auteurs ont proposé d'établir formellement un nouveau contrat social entre médecins, patientèle, et le monde politique. Un dialogue entre ces trois parties, voire des actions de communication avec la population pourraient permettre de mettre en place un nouveau contrat social explicite qui rétablisse un meilleur équilibre entre contraintes et avantages. (26) Il a également été proposé de travailler sur les éléments qui font que les médecins perdent le sens d'accomplissement que leur procurait autrefois leur travail, travail qui a du sens à leurs yeux, et notamment via le développement de relations avec leur patientèles qui aient, elles aussi, du sens. Ainsi, il serait souhaitable d'intervenir de manière systémique afin que la profession de médecin retrouve son sens aux yeux des praticiens, et cela pourrait passer par le fait de promouvoir la beauté et le caractère inestimable de cette relation qu'ils établissent avec leur patientèle. (23)

La théorisation progressive du concept de prévention quaternaire apporte également quelques pistes de réflexion. Ainsi, la part relationnelle de la médecine elle-même, sans être consciemment travaillée dans une perspective thérapeutique éclairée, comporte sa part de risque pour le patient comme pour le médecin. Par exemple, une vision apostolique de sa profession pourrait conduire le médecin à un surinvestissement professionnel qui pourrait à terme le conduire vers un épuisement professionnel, il peut être un frein à une véritable écoute bienveillante du patient, avec le risque de considérer certains patients qui ne suivraient pas les prescriptions comme des « patients difficiles » ou des « mauvais patients », plutôt que de s'interroger sur ce qui a bloqué dans la communication entre les deux parties. Par ailleurs, la formation que reçoivent les médecins à l'université les conduit régulièrement à adopter une vision de la rencontre médicale centrée sur la maladie plus que sur le patient, sur la résolution de problème plus que sur la compréhension profonde, induisant par là-même une attraction du patient vers une conception de lui-même en tant que malade, et induisant également un risque de surmédicalisation. A la lumière des qualités et des dangers inhérents à la relation patient-médecin, la prévention quaternaire s'inscrit donc en véritable cri de ralliement de la résistance envers le manque d'humanité qui semble infiltrer de plus en plus des secteurs entiers de la santé. (46)

Au total, les évolutions récentes de l'état de santé, et notamment de santé psychique des médecins, en parallèle de l'évolution de la qualité de la relation patient-médecin, avec toutes les conséquences qu'elles impliquent sur le système de santé et sur la santé des patients, doivent nous faire questionner quant aux problématiques profondes qui en sont la source et aux solutions possibles à y apporter, tant à un niveau personnel de la part des praticiens qu'à un niveau systémique et politique.

## CONCLUSION

Il semble exister une influence constante entre la qualité et les caractéristiques de la relation et l'état d'esprit du médecin. Cette influence s'exerce notamment à travers le comportement du médecin, et l'état d'esprit et le comportement du patient. Notre étude tend à montrer qu'il peut exister un effet d'entraînement positif ou négatif (« cercles vertueux et cercles vicieux ») : un état d'esprit plutôt mauvais aurait tendance à dégrader la qualité relationnelle avec les patients, et une qualité relationnelle dégradée aurait tendance à dégrader l'état d'esprit des médecins. A l'inverse, un état d'esprit positif et marqué par le bien-être serait un facteur concourant à améliorer la qualité relationnelle, qualité relationnelle qui elle-même améliore l'état d'esprit et le bien-être du médecin. A l'intersection de l'état d'esprit du médecin et de la qualité relationnelle, nous avons retrouvé un ensemble de concepts qui sont influencés par, et influencent état d'esprit et qualité relationnelle. Certains de ces concepts sont plutôt liés à l'état d'esprit ou au comportement du médecin, d'autres à l'état d'esprit et au comportement du patient, et d'autres enfin à la relation elle-même.

Les relations de qualité, sources de bien-être, semblent toujours être la norme. Mais la littérature dresse un constat inquiétant : la qualité des relations patients-médecins semble se dégrader en parallèle d'une dégradation du bien-être global des praticiens. Les facteurs sont nombreux, mais les relations « difficiles » et les conflits avec la patientèle semblent se faire de plus en plus nombreux. Alors que les relations sources de mal-être sont, d'après nos participants, bien plus marquantes sur le plan émotionnel que les relations sources de bien-être, cette augmentation des conflits et des relations difficiles devrait être considérée comme un problème important de santé publique. La relation patient-médecin n'est pas qu'une vue de l'esprit, elle conditionne directement la qualité de la prise en charge des patients, leurs issues de santé, et d'une manière plus large, le fonctionnement et le coût de tout le système de santé.

En termes de perspectives, nous avons relevé certains résultats nuancés où une cause à priori plutôt négative pouvait avoir des conséquences, en fait, positives. Il nous semblerait intéressant d'étudier spécifiquement comment la relation préexistante conditionne la réponse émotionnelle et comportementale de manière moins manichéenne que celle décrite dans notre étude. Par ailleurs, nous avons montré que le médecin et le patient réagissaient aux états d'esprit et aux comportements de l'autre partie. Dans un contexte de majoration de la prévalence du syndrome d'épuisement

professionnel, et de dégradation de la qualité de la communication et de la relation entre médecins et patients, il nous semble important de sensibiliser les médecins à ces enjeux, tant en terme de bien-être, que de relation patient-médecin, et de renforcer l'enseignement spécifique concernant la relation avec le patient.

## ANNEXES

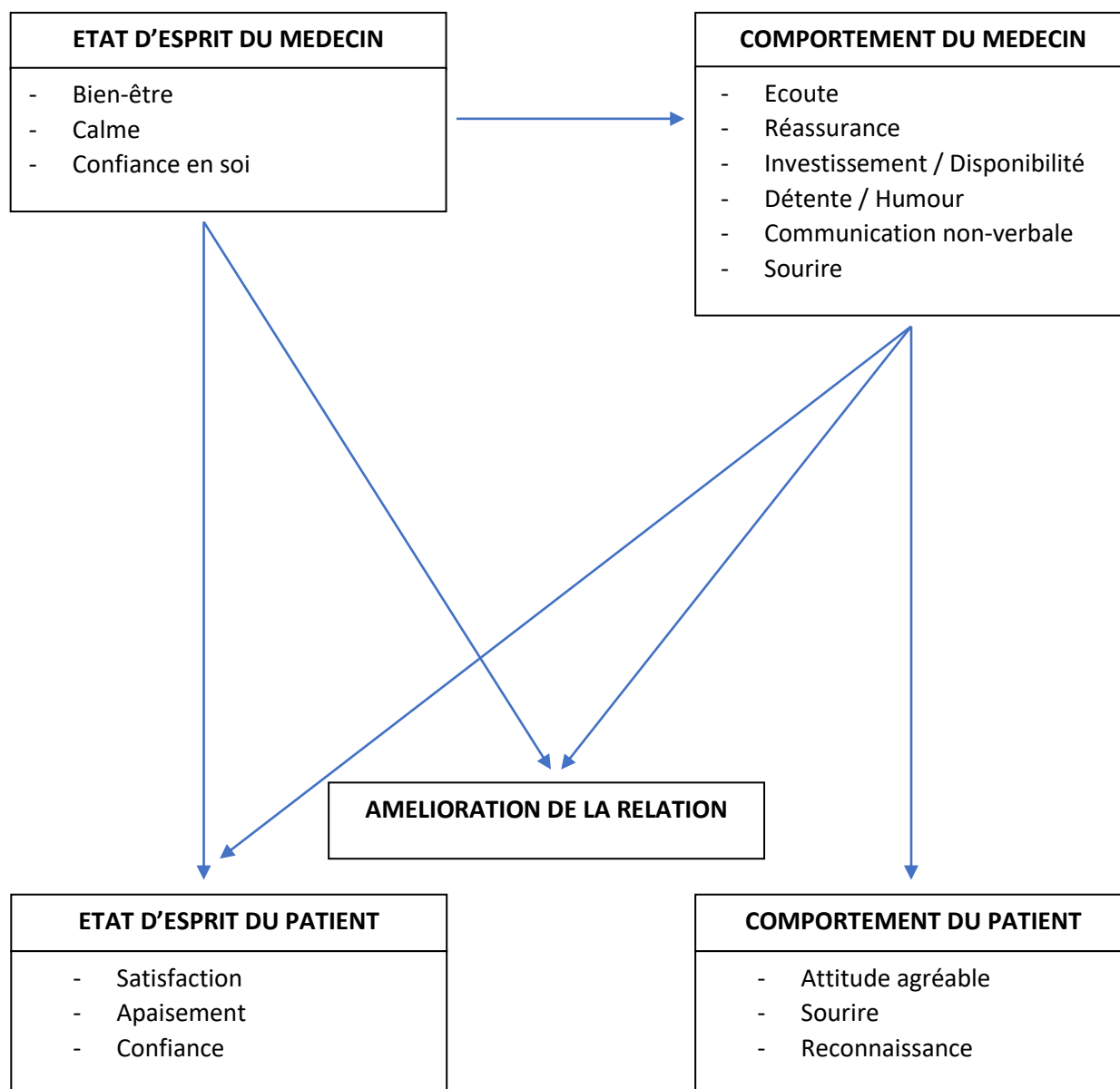
### Annexe 1. Guide d'entretien initial :

- A vos yeux, à quoi ressemblerait une relation patient-médecin idéale ?
  - o Quels types de relations vous sont particulièrement satisfaisantes ?
  - o Quels types de relations vous sont particulièrement déplaisantes ?
- Comment les relations avec les patients influent sur votre bien-être ou votre stress au travail ?
  - o Comment la relation avec un patient peut-elle être source de bien-être ?
  - o Comment la relation avec un patient peut-elle être source de stress ?
  - o Comment la relation avec les patients peut-elle être source d'ennui au travail ?
- En quoi votre état émotionnel peut-il influencer la relation avec vos patients ?
  - o Quelles sont les conséquences d'un état d'esprit stressé / déprimé sur la relation ?
  - o Quelles sont les conséquences d'un état d'esprit de bien-être sur la relation ?
  - o Comment l'ennui au travail peut-il influencer la relation ?

## Annexe 2. Guide d'entretien final

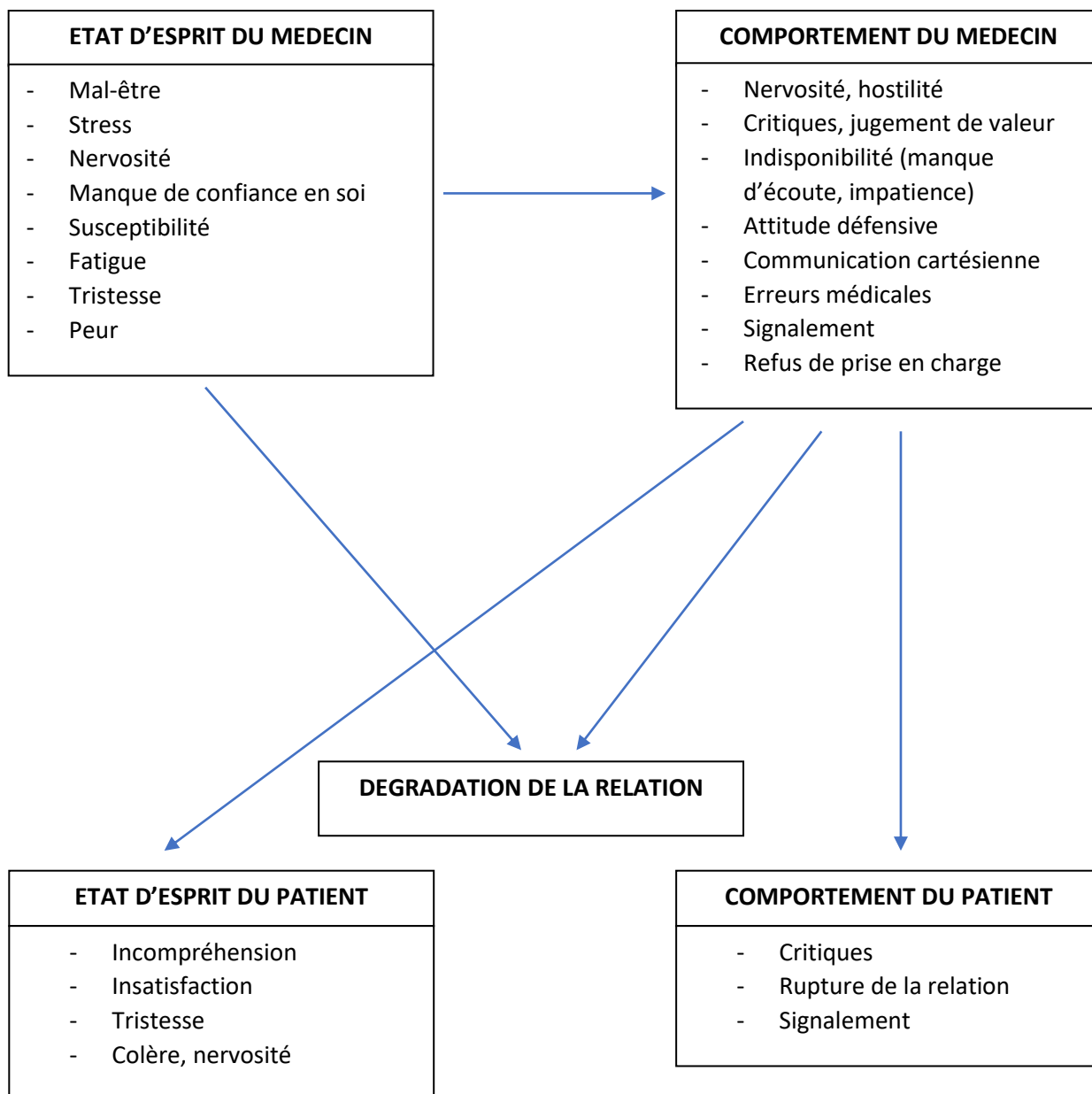
- Pouvez-vous me raconter un exemple d'une relation au long terme avec un patient, qui ait été impacté votre état d'esprit de manière significative ?
  - o En termes de bien-être ? En termes de mal-être ?
  - o Pouvez-vous identifier, dans l'histoire de cette relation, les éléments qui vous ont procuré du bien-être / du mal-être ?
  
- Pouvez-vous identifier d'autres éléments relationnels qui puissent impacter votre état d'esprit ?
  - o En termes de bien-être ? De mal-être ?
  
- Comment votre état d'esprit, sur une période donnée, est-il à même d'influer la relation qui s'établit avec vos patients ?
  - o Quand vous vous sentez bien ?
  - o Quand vous vous sentez mal ?

## Annexe 3. Influence positive exercée par le médecin sur le patient et la relation

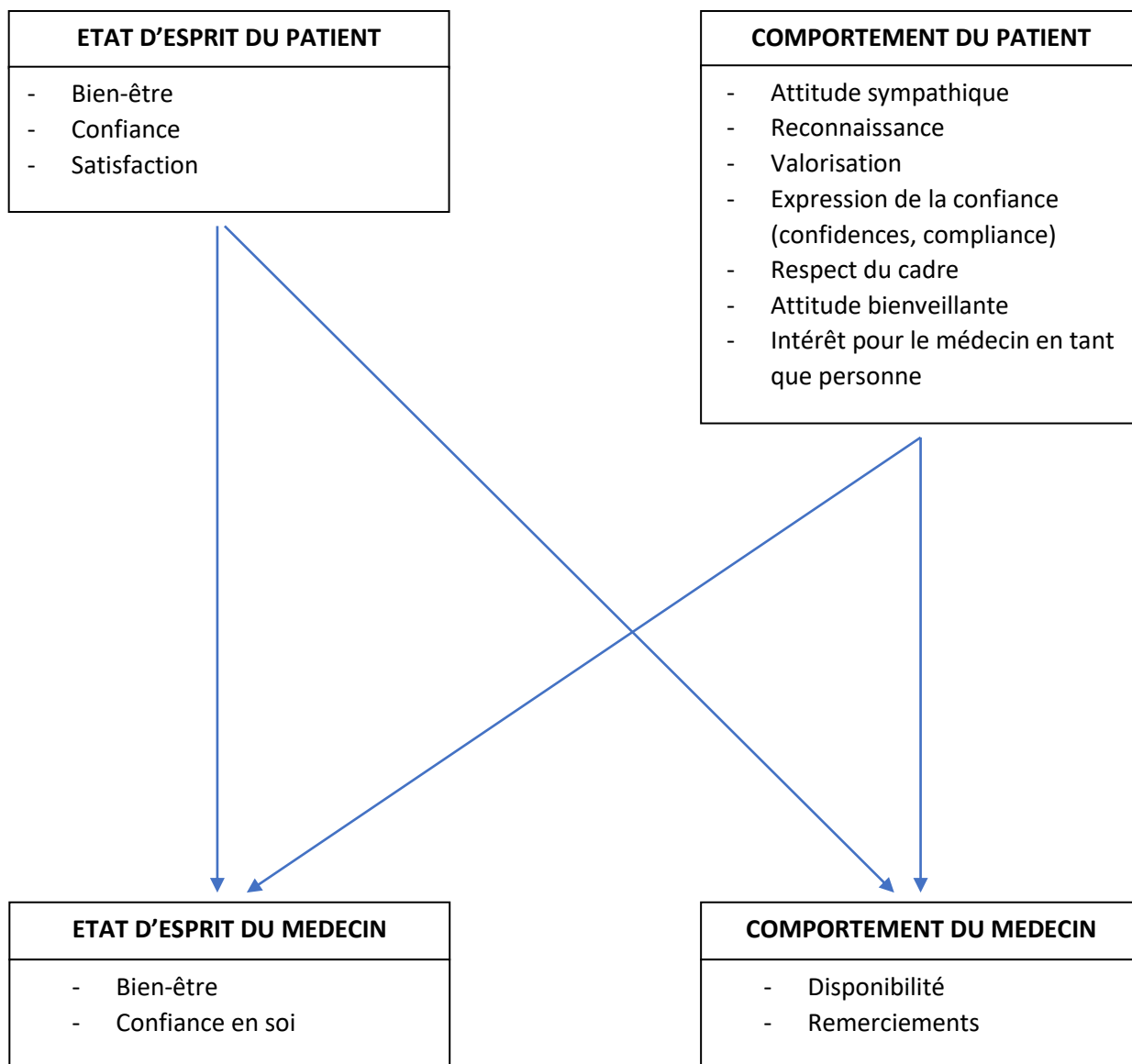




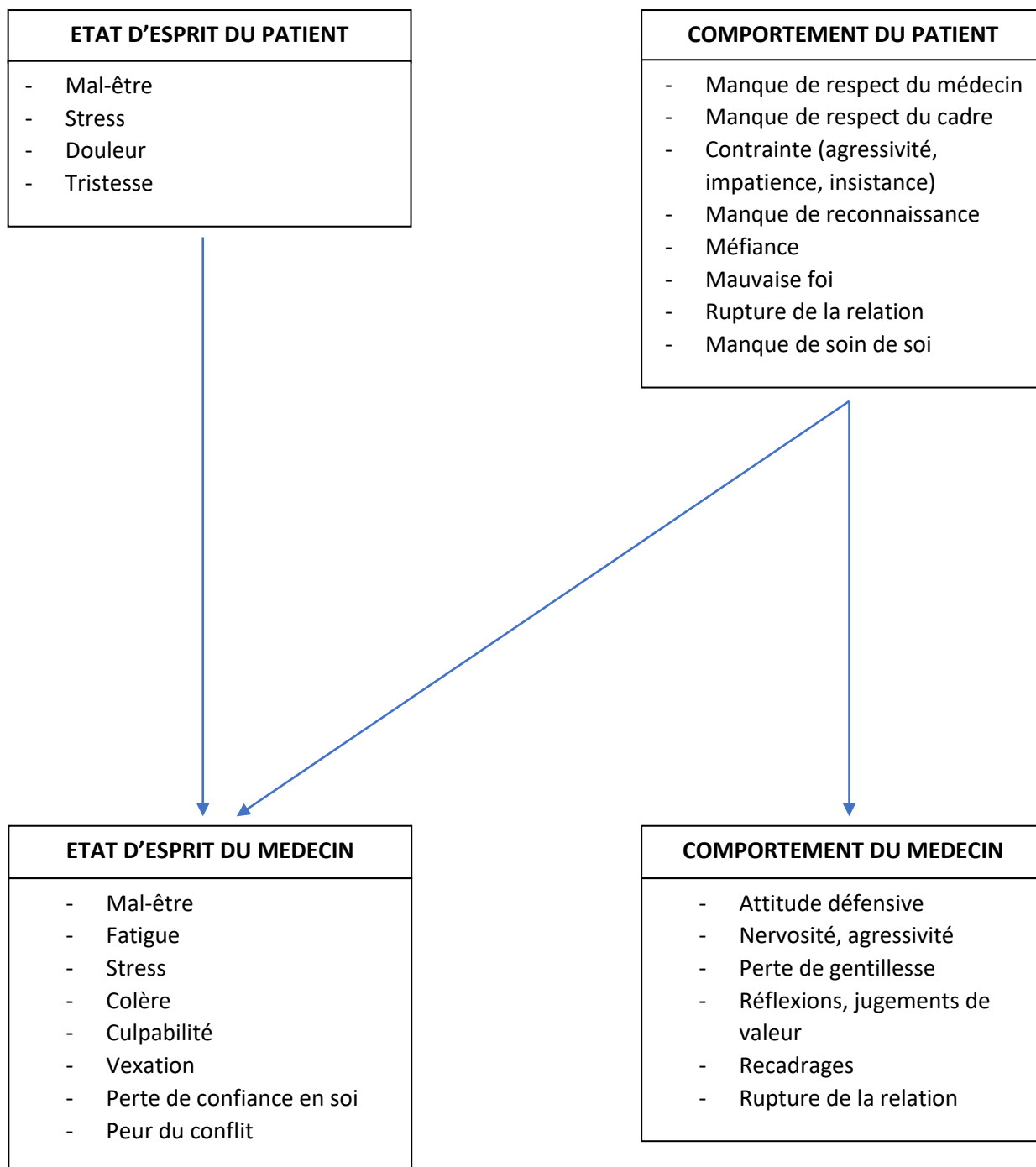
## Annexe 4. Influence négative exercée par le médecin sur le patient et la relation



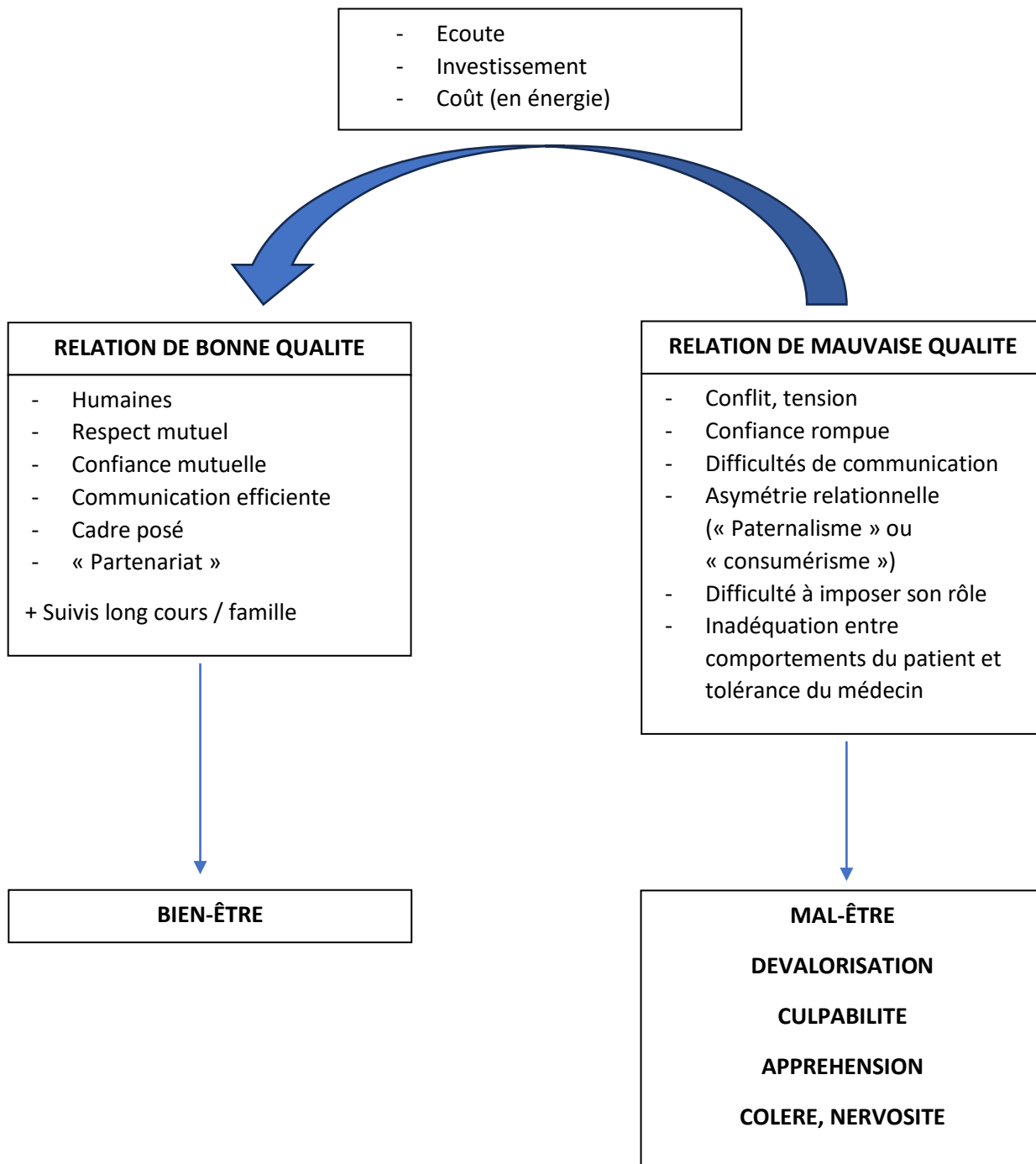
## Annexe 5. Influence positive du patient sur le médecin



## Annexe 6. Influence négative du patient sur le médecin



## Annexe 7. Influence de la relation sur l'état d'esprit du médecin



## Annexe 8. Déclaration CNIL



Référence CNIL :

2230781 v 0

## Déclaration de conformité

au référentiel de méthodologie de référence MR-004

reçue le 3 août 2023

Monsieur Matthieu BONNEAUD

### ORGANISME DÉCLARANT

<b>Nom :</b>	Monsieur BONNEAUD Matthieu	<b>N° SIREN/SIRET :</b>	
<b>Service :</b>		<b>Code NAF ou APE :</b>	
<b>Adresse :</b>		<b>Tél. :</b>	
		<b>Fax. :</b>	
<b>CP :</b>			
<b>Ville :</b>			

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 4 août 2023

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

3 Place de Fontenoy, TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07 – 01 53 73 22 22 – [www.cnil.fr](http://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>*

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Europe W, Wonca Europe. La définition européenne de la médecine générale - Médecine de famille. WONCA Europe 2002 (Les définitions européennes des caractéristiques de la discipline de médecine générale, du rôle du médecin généraliste et une description des compétences fondamentales du médecin généraliste - médecin de famille) [Internet]. World family doctors Caring for people Europe; 2002. 52 p. Disponible sur: <http://www.woncaeurope.org>
2. Mantz JM, Wattel F, Barois A, Banzet P, Dubousset J, Glorion B, et al. Importance de la communication dans la relation soignant-soigné. Bull Académie Natl Médecine. 1 déc 2006;190(9):1999-2011.
3. Schiaratura LT. Analyse et interprétation psychologiques des comportements corporels en situation de communication interpersonnelle. Methodos Savoirs Textes [Internet]. 23 avr 2013 [cité 25 sept 2023];(13). Disponible sur: <https://journals.openedition.org/methodos/3013>
4. Goffette J, Malzac P. Le consentement du patient et les modèles de la relation médecin-patient. In: Santé C des E de S en M et, éditeur. Médecine, santé et sciences humaines [Internet]. Les Belles Lettres; 2011 [cité 3 oct 2022]. p. 302-11. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00842805>
5. Lussier MT, Richard C. En l'absence de panacée universelle. Can Fam Physician. août 2008;54(8):1096-9.
6. de Haes H. Dilemmas in patient centeredness and shared decision making: a case for vulnerability. Patient Educ Couns. sept 2006;62(3):291-8.
7. studylibfr.com [Internet]. [cité 11 nov 2022]. Résistances et difficultés du patient à entrer en communication avec. Disponible sur: <https://studylibfr.com/doc/2271463/résistances-et-difficultés-du-patient-à-entrer-en-communi...>
8. Tétart J. Évolution de la relation médecin patient lors d'un suivi au long cours : points de vue de médecins généralistes installés depuis plus de 30 ans dans les Alpes-Maritimes recueillis lors d'entretiens individuels. 23 sept 2014;95.
9. Chaintron L. Influence de l'apparence physique du médecin généraliste sur la relation médecin-patient: étude qualitative menée en Rhône-Alpes auprès de 14 patients [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2015.

10. What is narrative-based medicine? | The College of Family Physicians of Canada [Internet]. [cité 17 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.cfp.ca/content/64/3/176.short>
11. Zaharias G. Narrative-based medicine and the general practice consultation: Narrative-based medicine 2. *Can Fam Physician*. 1 avr 2018;64(4):286-90.
12. Learning narrative-based medicine skills | The College of Family Physicians of Canada [Internet]. [cité 17 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.cfp.ca/content/64/5/352.short>
13. Stange KC, Ferrer RL. The Paradox of Primary Care. *Ann Fam Med*. 1 juill 2009;7(4):293-9.
14. Williams S, Weinman J, Dale J. Doctor-patient communication and patient satisfaction: a review. *Fam Pract*. oct 1998;15(5):480-92.
15. Adler R, Vasiliadis A, Bickell N. The relationship between continuity and patient satisfaction: a systematic review. *Fam Pract*. 1 avr 2010;27(2):171-8.
16. Racic M, Kusmuk S, Masic S, Ivkovic N, Joksimovic V, Matovic J. Impact of the physician-patient relationship on the treatment outcomes of arterial hypertension. In: *Opsta medicina* [Internet]. 2017 [cité 10 janv 2023]. p. 1-8. Disponible sur: <http://scindeks.ceon.rs/Article.aspx?artid=0354-71321702001R>
17. Linetzky B, Jiang D, Funnell MM, Curtis BH, Polonsky WH. Exploring the role of the patient-physician relationship on insulin adherence and clinical outcomes in type 2 diabetes: Insights from the MOSAIC study. *J Diabetes*. juin 2017;9(6):596-605.
18. Genet M, Lheureux F, Truchot D. La relation soignant-soigné dans la littérature académique : tendances générales, limites et perspectives futures. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 1 févr 2018;176(2):135-44.
19. Cifu AS. Long-term Physician-Patient Relationships-Persevering in a Practice. *JAMA Intern Med*. 1 févr 2019;179(2):141-2.
20. Measurement of and target-setting for well-being: an initiative by the WHO Regional Office for Europe. :20.
21. Senn N, Perdrix J, Ronga A, Cohidon C. Bien-être du médecin et santé du patient : pour la durabilité de la médecine de famille [Wellbeing of the doctor and health of the patient : for a sustainable family medicine]. *Rev Med Suisse*. 8 mai 2019;15(650):951-5.
22. Stress au travail. Exemples d'exposition aux risques et facteurs de stress - Risques - INRS [Internet]. [cité 10 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.inrs.fr/risques/stress/exposition-risques-facteurs-stress.html>

23. Hiefner AR, Constable P, Ross K, Sepdham D, Ventimiglia JB. Protecting Family Physicians from Burnout: Meaningful Patient-Physician Relationships Are « More than Just Medicine ». *J Am Board Fam Med JABFM*. août 2022;35(4):716-23.
24. Dagrada H, Verbanck P, Kornreich C. Le burn-out du médecin généraliste: hypothèses étiologiques. *Rev Médicale Brux*. sept 2011;32(4):407-12.
25. Benson J, Magraith K. Compassion fatigue and burnout: the role of Balint groups. *Aust Fam Physician*. juin 2005;34(6):497-8.
26. Edwards N, Kornacki MJ, Silversin J. Unhappy doctors: what are the causes and what can be done? *The BMJ*. 6 avr 2002;324(7341):835-8.
27. McMurray JE, Williams E, Schwartz MD, Douglas J, Van Kirk J, Konrad TR, et al. Physician job satisfaction : Developing a model using qualitative data. *J Gen Intern Med*. nov 1997;12(11):711-4.
28. Hooker SA, Post RE, Sherman MD. Awareness of Meaning in Life is Protective Against Burnout Among Family Physicians: A CERA Study. *Fam Med*. 4 janv 2020;52(1):11-6.
29. Bernard N. Bien-être au travail et performance de l'entreprise : une analyse par les paradoxes [Internet] [These de doctorat]. Université Grenoble Alpes (ComUE); 2019 [cité 21 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.theses.fr/2019GREAG002>
30. Salyers MP, Bonfils KA, Luther L, Firmin RL, White DA, Adams EL, et al. The Relationship Between Professional Burnout and Quality and Safety in Healthcare: A Meta-Analysis. *J Gen Intern Med*. avr 2017;32(4):475-82.
31. Dusmesnil H, Saliba-Serre B, Régi JC, Leopold Y, Verger P. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants. *Santé Publique*. 2009;21(4):355-64.
32. Martin A, Trombert-Paviot B. Comment les généralistes jugent-ils leur vie quotidienne, privée et professionnelle ? Une enquête auprès des médecins femmes et hommes de la Loire. *Médecine*. 1 févr 2008;4(2):89-93.
33. Burns RA, Windsor T, Butterworth P, Anstey KJ. The protective effects of wellbeing and flourishing on long-term mental health risk. *SSM - Ment Health*. 1 déc 2022;2:100052.
34. The relationship between physician burnout and quality of healthcare in terms of safety and acceptability: a systematic review - PubMed [Internet]. [cité 30 nov 2022]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28637730/>
35. Shanafelt TD. Physician Well-being 2.0: Where Are We and Where Are We Going? *Mayo Clin Proc*. 1 oct 2021;96(10):2682-93.



36. Rabatin J, Williams E, Baier Manwell L, Schwartz MD, Brown RL, Linzer M. Predictors and Outcomes of Burnout in Primary Care Physicians. *J Prim Care Community Health*. janv 2016;7(1):41-3.
37. Drapeau M. Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Prat Psychol*. 1 mars 2004;10(1):79-86.
38. Wu Q, Jin Z, Wang P. The Relationship Between the Physician-Patient Relationship, Physician Empathy, and Patient Trust. *J Gen Intern Med*. mai 2022;37(6):1388-93.
39. Evans CE. Physician Survival: Should the Doctor Come First? *Can Fam Physician*. juin 1980;26:856-9.
40. Berger R, Bulmash B, Drori N, Ben-Assuli O, Herstein R. The patient-physician relationship: an account of the physician's perspective. *Isr J Health Policy Res*. 30 juin 2020;9(1):33.
41. Diat S. Attitudes et comportements des médecins généralistes face aux demandes des patients jugées injustifiées.
42. Wilkinson H, Whittington R, Perry L, Eames C. Examining the relationship between burnout and empathy in healthcare professionals: A systematic review. *Burn Res*. sept 2017;6:18-29.
43. Horowitz CR, Suchman AL, Branch WT, Frankel RM. What Do Doctors Find Meaningful about Their Work? *Ann Intern Med*. 6 mai 2003;138(9):772-5.
44. Jamoulle M, Roland M, Bae JM, Heleno B, Visentin G, Gusso G, et al. Implications éthiques, pédagogiques, socio-politiques et anthropologiques de la prévention quaternaire. *Rev Médicale Brux* [Internet]. sept 2018 [cité 22 sept 2022];39. Disponible sur: <https://orbi.uliege.be/handle/2268/226522>
45. Medscape. Medscape Physician Burnout and Depression Report: Burnout Worsening, Depression Increasing [Internet]. [cité 30 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.prnewswire.com/news-releases/medscape-physician-burnout-and-depression-report-burnout-worsening-depression-increasing-301732504.html>
46. Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization - PMC [Internet]. [cité 21 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4322627/>

## SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, en présence des maîtres de cette école et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité qui la régissent.

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

Même sous la contrainte, je ne ferai 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 leurs consciences.

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

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont 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, sans acharnement. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Que je sois modéré en tout, mais insatiable de mon amour de la science. Je n'entreprendrai rien qui ne dépasse mes compétences ; je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me sont 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.

**NOM ET PRENOM :** BONNEAUD Matthieu

**SUJET DE LA THESE :** Comment les modalités de la relation patient-médecin et le bien-être subjectif des médecins généralistes libéraux s'influencent-ils ?

**THESE :** Médecine

**Qualification :** Médecine générale

**ANNEE :** 2023

**NUMERO D'IDENTIFICATION :** 2023ANTI1036

**MOTS CLEFS :** Soins de santé primaires (« primary care setting »), Relations médecin-patient (« doctor-patient relationship »), Satisfaction personnelle (« work-life balance »), Epuisement psychologique

## Résumé

**Introduction :** La relation est un concept complexe regroupant de nombreuses dimensions (technique, cognitive, affective, comportementale...). La relation patient-médecin comprend des spécificités propres. Elle aura une influence sur le patient et sur le médecin, notamment en terme de bien-être ou de mal-être. L'état d'esprit lié au travail est également une notion complexe qui ressentie en termes de bien-être ou de mal-être. L'état d'esprit du médecin aura des conséquences sur la relation. **Objectif :** Explorer en détail la manière dont l'état d'esprit du médecin et la relation patient-médecin s'influencent, en identifiant notamment des facteurs intermédiaires expliquant ces influences. **Matériel et méthodes :** Etude qualitative par entretiens semi-dirigés réalisés auprès de médecins généralistes libéraux exerçant en Loire-Atlantique. L'analyse a été réalisée selon les principes de la phénoménologie interprétative.

**Résultats :** Nous avons retrouvé une influence de l'état d'esprit sur la relation. Cette influence pouvait notamment s'exercer via leur comportement. Un état d'esprit positif avait une influence positive sur le patient et la relation. Un état d'esprit négatif avait une influence négative sur le patient et la relation. L'état d'esprit et le comportement du patient pouvaient exercer une influence positive ou négative sur le médecin. Certains éléments émotionnels et comportementaux étaient retrouvés comme des conséquences réactionnelles au comportement de l'autre autant que comme des causes de d'émotions ou de comportements chez l'autre, décrivant des cercles vertueux et des cercles vicieux d'interactions entre l'état d'esprit, les comportements des deux parties et la qualité relationnelle. La relation elle-même et ses caractéristiques avait une influence positive ou négative sur l'état d'esprit du médecin. **Conclusion :** Il existe donc une influence constante entre la qualité et les caractéristiques de la relation d'une part, et l'état d'esprit du médecin d'autre part, s'exerçant à travers divers facteurs intermédiaires. On peut décrire des cercles vertueux ou vicieux d'influence entre l'état d'esprit du médecin et la qualité relationnelle. Les relations sources de bien-être semblent toujours être la norme. Les relations source de mal-être semblent de plus en plus nombreuses, et sont bien plus marquantes sur un plan émotionnel pour le praticien.

---

**JURY : Président :** M. le Professeur Moustapha DRAME

**Juges :** M. le Professeur Christophe DELIGNY

: M. le Professeur Dabor RESIERE

: M. le Docteur Moïse NIAUX

**Directeur de thèse :** M. le Docteur Patrick OUVRARD

---