

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE : 2019

N° : 235

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État
Mention Médecine Générale

PAR
BOURDOUIL Coralie
Née le 04 juin 1985 à LYON

LA PROXIMITÉ MÉDECIN-PATIENT EN MÉDECINE GÉNÉRALE
De la relation professionnelle à la relation humaine,
Le médecin généraliste en quête du juste positionnement face au patient

Étude qualitative auprès de 12 médecins généralistes en Alsace

Président de thèse : Monsieur le Professeur Philippe WOLF

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Fabien ROUGERIE

1
FACULTÉ DE MÉDECINE
(U.F.R. des Sciences Médicales)



- Président de l'Université M. DENEKEN Michel
- Doyen de la Faculté M. SIBILIA Jean
- Assesseur du Doyen (13.01.10 et 08.02.11) M. GOICHOT Bernard
- Doyens honoraires : (1976-1983) M. DORNER Marc
- (1983-1989) M. MANTZ Jean-Marie
- (1989-1994) M. VINCENDON Guy
- (1994-2001) M. GERLINGER Pierre
- (3.10.01-7.02.11) M. LUDÉS Bertrand
- Chargé de mission auprès du Doyen M. VICENTE Gilbert
- Responsable Administratif M. BITSCH Samuel

Edition JUILLET 2019
Année universitaire 2018-2019

**HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)**
Directeur général :
M. GAUTIER Christophe



A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis

Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak
DOLLFUS Hélène

Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)
Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

PO191

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe P0001	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel P0002	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
ARNAUD Laurent P0186	NRP6 NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak P0005	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BALDAUF Jean-Jacques P0006	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Haute-pierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
BAUMERT Thomas P0007	NRP6 CU	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Unité d'Hépatologie - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie / NHC	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / P0170	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy P0008	NRP6 Resp	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Haute-pierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	RP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles P0013	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Haute-pierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	NRP6 CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BODIN Frédéric P0187	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
Mme BOEHM-BURGER Nelly P0016	NCS	• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
BONNOMET François P0017	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique

NHC = Nouvel Hôpital Civil HC = Hôpital Civil HP = Hôpital de Haute-pierre PTM = Plateau technique de microbiologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CANDOLFI Ermanno P0025	RP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
CASTELAIN Vincent P0027	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
CHELLY Jameleddine P0173	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme CHENARD-NEU Marie- Pierre P0041	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie / CCOM d'Illkirch	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésio- logie-Réanimation - Type clinique)
CRIBIER Bernard P0045	NRP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
DANION Jean-Marie P0046	NRP6 NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie 1 / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
DEBRY Christian P0049	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DERUELLE Philippe P0051	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obsté- trique
DIEMUNSCH Pierre P0051	RP6 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
DUCLOS Bernard P0055	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
DUFOUR Patrick (5) (7) P0056	S/nb Cons	• Centre Régional de Lutte contre le cancer Paul Strauss (convention)	47.02 Option : Cancérologie clinique
EHLINGER Matthieu P0188	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie/Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de la Main et des Nerfs périphériques / CCOM Illkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
GANGI Afshin P0062	RP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRP6 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
GENY Bernard P0064	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick P0065	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe P0065	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0066	RP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRP6 CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail / HC	46.02 Médecine et santé au travail Travail

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Option : Maladies infectieuses
HERBRECHT Raoul P0074	RP6 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepierre	47.01 Hématologie ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît P0078	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
KEMPF Jean-François P0083	RP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main-CCOM / Illkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme KESSLER Laurence P0084	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0185	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
KOPPERSCHMITT Jacques P0088	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service d'Urgences médico-chirurgicales adultes/Nouvel Hôpital Civil	48.04 Thérapeutique (option clinique)
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie 2 - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II) / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôpital Hautepierre	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence		• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
LANG Hervé P0090	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LANGER Bruno P0091	RP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale : option gynécologie-Obstétrique
LAUGEL Vincent P0092	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01 Pédiatrie
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Hautepierre	42.01 Anatomie
LIPSKER Dan P0093	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénéréologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la main - CCOM / Illkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF GABRIEL		• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Hématologie et d'Oncologie / Hôpital de Hautepierre	47.01 Hématologie: transfusion
MARESCAUX Christian (5) P0097	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
MARK Manuel P0098	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique, Cytologie et Histologie quantitative / Hôpital de Hautepierre	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
MASSARD Gilbert P0100	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme MATHELIN Carole P0101	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie - Hôpital Civil	54.03	<u>Gynécologie-Obstétrique</u> ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre • Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01	<u>Hématologie</u> ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	RP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MERTES Paul-Michel P0104	NRP6 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / Nouvel Hôpital Civil	48.01	Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Nicolas P0105	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au Travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie • Unité de Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	48.03	Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03	Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP6 CS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Digestive / NHC	52.02	Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Haute-pierre / NHC	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
NISAND Israël P0113	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie Obstétrique / Hôpital de Haute-pierre	54.03	<u>Gynécologie-Obstétrique</u> ; gynécologie médicale ; option gynécologie-Obstétrique
NOEL Georges P0114	NCS	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer Paul Strauss (par convention) - Département de radiothérapie	47.02	Cancérologie ; <u>Radiothérapie</u> Option Radiothérapie biologique
OHLMANN Patrick P0115	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
Mme OLLAND Anne		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre	54.01	Pédiatrie
PELACCIA Thierry		• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Service SAMU/SMUR	48.02	Réanimation et anesthésiologie Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP6 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	52.02	Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	53.02	Chirurgie Générale
PETIT Thierry P0119	CDp	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02	<u>Cancérologie</u> ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier		• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02	<u>Cancérologie</u> ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Haute-pierre	48.01	<u>Anesthésiologie-réanimation</u> ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04	Nutrition
PROUST François P0182	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Haute-pierre	49.02	Neurochirurgie
Mme QUOIX Elisabeth P0124	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03	Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépato-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01	Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02	Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL -BERNARD Sylvie P0196	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01	Pédiatrie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ROUL Gérard P0129	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SAUDER Philippe P0142	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
SAUER Arnaud P0183	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
SCHNEIDER Francis P0144	RP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean P0146	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
Mme SPEEG-SCHATZ Claude P0147	RP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
STEIB Jean-Paul P0149	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital Civil	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique P0150	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires - HTA - Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / Hôpital Haute-pierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRP6 NCS CS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Fac de Médecine • Centre de Lutte contre le Cancer Paul Strauss - Serv. Epidémiologie et de biostatistiques	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRP6 NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Fac. de Médecine	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptations gériatriques / Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe P0164	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
----------------	-----	--	--

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Haute-pierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil

* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service) RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle) Dir : Directeur

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

(3)

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019

(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017

(7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017

(8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017

(9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

HABERSETZER François	CS	Pôle Hépatodigestif 4190 Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01	Gastro-Entérologie
CALVEL Laurent	NRPô CS	Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO Service de Soins palliatifs / NHC	55.02	Ophtalmologie
SALVAT Eric		Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur		

MO112	B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)		
-------	---	--	--

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTAL Maria Cristina M0003		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Haute-pierre • Faculté de Médecine / Institut d'Histologie	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine M0109		• Centre de lutte contre le cancer Paul Strauss	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
ARGEMI Xavier M0112		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Maladies infectieuses ; Maladies tropicales Option : Maladies infectieuses
Mme AYME-DIETRICH Estelle		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / NHC	48.03 Option: pharmacologie fondamentale
Mme BARNIG Cindy M0110		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations Fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
BONNEMAINS Laurent M0099		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	54.01 Pédiatrie
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
CERALINE Jocelyn M0012		• Pôle d'Oncologie et d'Hématologie - Service d'Oncologie et d'Hématologie / HP	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
COLLONGUES Nicolas M0016		• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme de MARTINO Sylvie M0018		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	Bactériologie-virologie Option bactériologie-virologie biologique
Mme DEPIENNE Christel M0100 (Dispo->15.08.18)	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique / HP	47.04 Génétique
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
FILISSETTI Denis M0025		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme HEIMBURGER Céline		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme HELMS Julie M0114		• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Réanimation
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP et NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme JACAMON-FARRUGIA Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
JEGU Jérémie M0101		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil	46.01 Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention (option biologique)
JEHL François M0035		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUZ Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LAVIGNE Thierry M0043	CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service d'Hygiène hospitalière et de médecine préventive / PTM et HUS - Equipe opérationnelle d'Hygiène	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
Mme LEJAY Anne M0102		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (Biologique)
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
LEPILLER Quentin M0104 (Dispo → 31.08.2018)		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière (Biologique)
Mme LETSCHER-BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
Mme LONSDORFER-WOLF Evelyne M0090		• Institut de Physiologie Appliquée - Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Serv. de Chirurgie Maxillo-faciale, plastique reconstructrice et esthétique/HC	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MEYER Alain M0093		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
NOLL Eric M0111		• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - Hôpital Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail - HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREAC'H Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFUFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes / NHC • Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
RIEGEL Philippe M0059		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
ROMAIN Benoît M0061		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme SAMAMA Brigitte M0052		- Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme SCHNEIDER Anne M0107		- Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie pédiatrique / Hôpital de Haute-pierre	54.02 Chirurgie Infantile
SCHRAMM Frédéric M0058		- Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme SORDET Christelle M0059		- Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
TALHA Samy M0070		- Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039		- Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Infantile / Hôpital Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071		- Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schilligheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Mme URING-LAMBERT Béatrice M0073		- Institut d'Immunologie / HC - Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		- Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre	47.01 Hématologie : Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VILLARD Odile M0076		- Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		- Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116		- Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey M0077		- Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAH Christian	P0166	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques
Mme la Pre RASMUSSEN Anne	P0186	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mr LANDRE Lionel		ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mme THOMAS Marion		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mme SCARFONE Marianna	M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

B4 - MAITRE DE CONFERENCE DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme CHAMBE Juliette	M0108	Département de Médecine générale / Faculté de Médecine	53.03 Médecine générale (01.09.15)
---------------------	-------	--	------------------------------------

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE
C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pr Ass. KOPP Michel	P0167	Médecine générale (depuis le 01.09.2001, renouvelé jusqu'au 31.08.2016)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
---------------------	-------	--------------------------------------

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dre BERTHOU anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018)
Dr BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dr GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017)
Dr SANSELME Anne-Elisabeth		Médecine générale

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES
D1 - PROFESSEUR AGREGÉ, PRAG et PRCE DE LANGUES

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et de Réanimation néonatale (Pédiatrie 2) / Hôpital de Hautepierre
Dr ASTRUC Dominique (par intérim)	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr CALVEL Laurent	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins Palliatifs / NHC et Hôpital de Hautepierre
Dr DELPLANCQ Hervé	NRPô CS	- SAMU-SMUR
Dr GARBIN Olivier	CS	- Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO Schiltigheim
Dre GAUGLER Elise	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - UCSA - Centre d'addictologie / Nouvel Hôpital Civil
Dre GERARD Bénédicte	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Département de génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme GOURIEUX Bénédicte	RPô CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Pr LESSINGER Jean-Marc	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil + Hautepierre
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	NRPô Resp	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	RPô CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr REY David	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Dr TCHOMAKOV Dimitar	NRPô CS	• Pôle Médico-chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques - HP
Mme Dre TEBACHER-ALT Martine	NRPô NCS Resp	• Pôle d'Activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Maladies vasculaires et Hypertension - Centre de pharmacovigilance / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre TOURNOUD Christine	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Centre Antipoison-Toxicovigilance / Nouvel Hôpital Civil

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o *de droit et à vie (membre de l'Institut)*
CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
- o *pour trois ans (1er septembre 2016 au 31 août 2019)*
BOUSQUET Pascal
PINGET Michel
- o *pour trois ans (1er septembre 2017 au 31 août 2020)*
BELLOCQ Jean-Pierre (Anatomie Cytologie pathologique)
CHRISTMANN Daniel (Maladies Infectieuses et tropicales)
MULLER André (Thérapeutique)
- o *pour trois ans (1er septembre 2018 au 31 août 2021)*
Mme DANION-GRILLIAT Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
- o *pour trois ans (1er avril 2019 au 31 mars 2022)*
Mme STEIB Annick (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2021)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

Dr BRAUN Jean-Jacques	ORL (2012-2013 / 2013-2014 / 2014-2015 / 2015-2016)
Pr CHARRON Dominique	Université Paris Diderot (2016-2017 / 2017-2018)
Mme GUI Yali	(Shaanxi/Chine) (2016-2017)
Mme Dre GRAS-VINCENDON Agnès	Pédopsychiatrie (2010-2011 / 2011-2012 / 2013-2014 / 2014-2015)
Dr JENNY Jean-Yves	Chirurgie orthopédique (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018)
Mme KIEFFER Brigitte	IGBMC (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017)
Dr KINTZ Pascal	Médecine Légale (2016-2017 / 2017-2018)
Dr LAND Walter G.	Immunologie (2013-2014 à 2015-2016 / 2016-2017)
Dr LANG Jean-Philippe	Psychiatrie (2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018)
Dr LECOCQ Jehan	IURC - Clémenceau (2016-2017 / 2017-2018)
Dr REIS Jacques	Neurologie (2017-2018)
Pr REN Guo Sheng	(Chongqing / Chine) / Oncologie (2014-2015 à 2016-2017)
Dr RICCO Jean-Baptiste	CHU Poitiers (2017-2018)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94
 BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01
 BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12
 BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95
 BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10
 BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16
 BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18
 BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.2017
 BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95
 BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03
 BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99
 BRETTE Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10
 BROGARD Jean-Marie (Médecine interne) / 01.09.02
 BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86
 BURSZTEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18
 CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15
 CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15
 CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95
 CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12
 CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16
 COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00
 CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98
 CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11
 DIETMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17
 DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17
 DORNER Marc (Médecine Interne) / 01.10.87
 DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13
 EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10
 FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02
 FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.2016
 FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.2009
 GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13
 GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04
 GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97
 GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03
 GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14
 HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18
 HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06
 HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04
 IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.2009
 IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98
 JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17
 JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11
 JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.2011
 JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04
 KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06
 KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95
 KREMER Michel (Parasitologie) / 01.05.98
 KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07
 KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08
 KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
 KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
 LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
 LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.2011
 LEVY Jean-Marco (Pédiatrie) / 01.10.95
 LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
 LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
 MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
 MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
 MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
 MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
 MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
 MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
 MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
 MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
 MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
 MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
 MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
 MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.2011
 MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.2009
 OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
 PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
 PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
 Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.2011
 POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
 REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
 RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
 RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
 SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
 SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
 SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
 SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
 SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
 SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
 SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
 SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
 STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
 STOLL Claude (Génétique) / 01.09.2009
 STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
 STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
 TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
 TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
 VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
 VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
 VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
 WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
 WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
 WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
 WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
 WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08

- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68

- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00

- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11

- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

**RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU
 DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ
 DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG**

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

**LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS
 QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES
 A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER**

Serment d'HIPPOCRATE

*En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples,
je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la médecine.*

*Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire
au-dessus de mon travail.*

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

*Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira
pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.*

*Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres je rendrai à leurs
enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses.

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

-REMERCIEMENTS-

À Monsieur le Professeur Philippe WOLF

*Professeur des Universités – Praticien Hospitalier en Chirurgie
Coordinateur des activités de prélèvement et transplantation
À la Faculté de Médecine de Strasbourg*

Vous me faites l'honneur de présider le jury et de m'accorder votre confiance.

Je suis très sensible à l'intérêt que vous portez à ce travail ainsi qu'aux échanges fort intéressants qu'il nous a été donné d'avoir.

Veillez recevoir mes sentiments de gratitude et de profond respect.

*

À Monsieur le Docteur Fabien ROUGERIE

*Maître de Conférences des Universités en Médecine Générale
À la Faculté de Médecine de Strasbourg*

Merci d'avoir accepté de diriger et de me suivre dans ce prenant travail.

Nos réflexions communes ont permis d'initier, et de progressivement donner vie à cette réflexion qui me tient particulièrement à cœur.

Je vous suis reconnaissante de m'avoir accompagnée, malgré les aléas, jusqu'au bout du chemin.

*

À Madame la Professeure Laurence JESEL-MOREL

*Professeur des Universités – Praticien Hospitalier en Cardiologie-Rythmologie
À la Faculté de Médecine de Strasbourg*

Je vous remercie tout particulièrement d'avoir accepté de faire partie du jury,
ainsi que de l'enthousiasme dont vous avez fait preuve à l'égard de mon travail.

*

À Monsieur le Professeur Laurent MONASSIER

*Professeur des Universités – Praticien Hospitalier en Pharmacologie
À la Faculté de Médecine de Strasbourg*

Je vous suis extrêmement reconnaissante d'avoir accepté de faire partie du jury.
Merci pour votre disponibilité et ouverture d'esprit.

*

À Monsieur le Professeur Mathieu ANHEIM

*Professeur des Universités – Praticien Hospitalier en Neurologie-Pathologies du mouvement
À la Faculté de Médecine de Strasbourg*

Merci d'avoir accepté de consacrer de votre temps pour juger et vous intéresser à mon travail.
Je vous en suis extrêmement reconnaissante.

*

*« Le médecin n'est ni un technicien, ni un sauveur,
mais un être humain pour un autre humain. »*

Karl JASPERS

*« Ce quelque chose qui, véritable parasite de la médecine scientifique, va
offrir au praticien qui ne se sera pas enfui, épouvanté devant cette découverte,
l'enrichissement le plus profond de sa profession,
c'est la personnalité humaine. »⁽¹⁾*

Lucien ISRAEL

(Le médecin face au malade)

-TABLE DES MATIÈRES-

SERMENT D'HIPPOCRATE	14
-REMERCIEMENTS-	15
-TABLE DES MATIÈRES-	18
-PRÉAMBULE-	24
-CONTEXTE GÉNÉRAL-	28

A. DU MEDECIN À LA MÉDECINE GÉNÉRALE 28

1. La genèse.....	28
1.1 Quelques précisions.....	28
1.1.1 Définition actuelle élémentaire	28
1.1.2 Origines et étymologies	29
1.2 Médecin et représentations	29
1.2.1 L'image à travers les temps	29
1.2.2 Un titre	31
1.3 Devenir médecin : Construction ou prédestination ?.....	31
1.3.1 Pourquoi devenir médecin ?.....	31
1.3.2 De la confrontation à la concrétisation : Initier la construction d'une « identité-médecin ».....	37
1.3.3 Valeurs et personnalité du médecin.....	40
2. L'arrivée en médecine générale	41
2.1 La préparation à l'exercice	41
2.1.1 Une médecine usuellement libérale, une préparation majoritairement hospitalière.....	41
2.1.2 Formation au versant relationnel – [exemple de Strasbourg].....	42
2.2 Une réalité d'exercice	44
2.2.1 Compétences particulières et spécificités de la médecine générale	44
2.2.2 Une médecine de proximité pour les patients.....	45
2.2.3 Une profession en déséquilibre... ..	46

B.LA RELATION MEDECIN-PATIENT : DE LA RELATION PROFESSIONNELLE A LA RELATION HUMAINE 47

1. Un rapport professionnel codifié.....	47
1.1 Une profession avec ses règles.....	47
1.2 La relation professionnelle asymétrique et son évolution : des codes tacites.....	47
2. La rencontre : le lien interhumain et thérapeutique	48
2.1 Définition et réflexions.....	48
2.2 Quelques approches dans la relation thérapeutique.....	49
2.2.1 Le face à face (et l'affect) en psychologie.....	49
2.2.2 Les approches psychanalytiques : Transferts/contre-transferts et mécanismes de défense	50

C. SYNTHÈSE ET PROBLÉMATIQUE :

LE « JUSTE POSITIONNEMENT » FACE AU PATIENT EN MEDECINE GENERALE 53

1. La question du positionnement	53
1.1 Ses définitions.....	53
1.2 Positionnement et posture : enjeux professionnels	53
2. Positionnement et proximité : La problématique en médecine générale.....	54
2.1 Définitions et réflexions : pourquoi choisir de parler de proximité plutôt que de distance ?.....	54
2.2 En chemin vers la problématique.....	55

-DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE-	59
A. OBJECTIFS	59
B. TYPE D'ÉTUDE	59
1. <i>Choix de la méthode : la recherche qualitative</i>	59
2. <i>Mode de recueil des données : les entretiens individuels semi-dirigés</i>	60
2.1 <i>Choix de l'entretien individuel</i>	61
2.2 <i>Entretiens individuels semi-dirigés et guide d'entretien</i>	61
C. DÉFINITION DE LA POPULATION ÉTUDIÉE : LES MEDECINS GENERALISTES LIBERAUX	63
D. DÉVELOPPEMENT DE L'ÉTUDE	64
1. <i>Problématisation et population</i>	64
2. <i>Préparation des entretiens et collecte des données</i>	65
2.1 <i>Modalités de recrutement et constitution de l'effectif</i>	65
2.2 <i>Déroulement des entretiens</i>	66
3. <i>Mode d'analyse des données</i>	67
3.1 <i>Préparation des données : la transcription</i>	67
3.2 <i>Analyse des entretiens et outils d'analyse</i>	68
-RÉSULTATS-	69
A. CARACTÉRISTIQUES DES DONNÉES RECUEILLIES	69
B. ANALYSE DE CONTENU	70
1. <i>Aperçu et modalités d'une relation médecin-patient centrale en médecine générale</i>	70
1.1 <i>Des valeurs et principes fondamentaux pour régir la relation</i>	70
1.1.1 <i>La réciprocité du respect et de la confiance</i>	70
1.1.2 <i>Le secret médical : pilier à la fois central et complexe</i>	71
1.1.3 <i>Un dessein d'égalité dans la relation</i>	71
1.1.4 <i>Sur une base d'échanges et de partages</i>	71
1.2 <i>Perception des compétences relationnelles essentielles du médecin généraliste</i>	72
1.2.1 <i>Un médecin de famille au sein d'une discipline globale, de suivi et d'accompagnement</i>	72
1.2.2 <i>Une intention bienveillante et positive pour la relation de soins</i>	72
1.2.3 <i>Être empathique : une qualité primordiale</i>	73
1.2.4 <i>Un devoir de communication et de pédagogie avec le patient</i>	73
1.2.5 <i>Un rôle de confident, voire de « confesseur des temps modernes »</i>	73
1.2.6 <i>Un repère et soutien pour les patients</i>	74
1.2.7 <i>Derrière le médecin, un Humain avec ses ressentis</i>	74
1.3 <i>Une rencontre humaine</i>	75
1.3.1 <i>Un lien Humain avant tout</i>	75
1.3.2 <i>Un relationnel qui singularise la prise en charge médicale</i>	75
1.4 <i>Relation interindividuelle et particulière</i>	75
1.4.1 <i>Le patient, aussi acteur de la relation</i>	75
1.4.2 <i>Deux individualités à accorder</i>	76
1.4.3 <i>La singularité de chaque relation</i>	76
1.5 <i>Le cœur du métier</i>	76
1.5.1 <i>Les médecins ont aussi besoin de leurs patients</i>	76
1.5.2 <i>Donne sens et cohérence à la profession</i>	76
1.6 <i>Une perspective relationnelle également délicate</i>	77
1.7 <i>Le dépassement d'un modèle pour l'évolution de la manière d'exercer</i>	77
1.7.1 <i>Le médecin généraliste actuel au-delà du positionnement paternaliste</i>	77
1.7.2 <i>Une volonté de cheminement vers un modèle humaniste</i>	77
1.7.3 <i>Le modèle désuet des médecins ultra-disponibles</i>	78

1.7.5	Le bouleversement de la transition des pratiques	78
1.7.6	Avancée des technologies : une projection parfois envisageable dans une médecine à distance.....	79
2.	Statut professionnel, environnement et conditions de vie du médecin.....	81
2.1	<i>Rencontres et partage d'un même territoire de vie</i>	81
2.1.1	Une réalité envahissante.....	81
2.1.2	Un partage bien vécu	83
2.2	<i>Impacts du statut professionnel sur la vie privée</i>	85
2.2.1	Un empiètement du métier sur le temps personnel.....	85
2.2.2	Un statut de médecin lourd à assumer.....	86
2.2.3	Des relations privées ressenties comme biaisées par le statut professionnel.....	87
2.2.4	Un comportement naturel à réprimer pour « coller » à l'image du médecin ?.....	87
2.2.5	Le besoin de taire son statut pour éviter les sollicitations.....	87
2.2.6	Modifier ses conduites personnelles pour éviter la rencontre ou l'interpellation	88
2.3	<i>Gestion(s) de la balance vie privée et vie professionnelle</i>	89
2.3.1	Choix du lieu d'habitation.....	89
2.3.2	Les essentiels pour préserver un équilibre.....	90
3.	Cadre de l'exercice	95
3.1	<i>Les conventions pratiques d'exercice</i>	95
3.1.1	Le bureau médical : un cadre à privilégier pour la consultation	95
3.1.2	La rétribution de l'exercice parfois gênante mais protocolaire	95
3.1.3	Souvent synonyme de mise à distance, le port de la blouse : un choix qui divise.....	95
3.2	<i>Un enseignement transmis</i>	96
3.2.1	Une formation de scientifique comme référence.....	96
3.2.2	Transmissions ou conseils des pairs	96
3.3	<i>Des « Règles de bonne pratique » à respecter.....</i>	97
3.3.1	Maintenir « sa casquette de médecin » pendant un temps dédié en consultation.....	97
3.3.2	Garder une distance professionnelle, primordiale pour soigner (une notion transmise)	97
3.3.3	Rester (médicalement) professionnellement impartial	98
3.3.4	Demeurer neutre en toutes circonstances	98
3.3.5	S'interdire le développement de liens amicaux plus intimes.....	99
3.4	<i>Identification et mise en place de son propre « modus operandi »</i>	100
3.4.1	Le choix conscient du secteur d'exercice fonction des différentes projections	100
3.4.2	Travailler en cabinet de groupe est moins pesant pour les médecins.....	101
3.4.3	L'importance de planifier et organiser sa pratique	101
3.4.4	Cadrer initialement pour une alliance thérapeutique et une relation accordée.....	101
4.	Moyens et potentialités de la relation dans la pratique professionnelle.....	104
4.1	<i>Des outils relationnels.....</i>	104
4.1.1	Communiquer avec le patient.....	104
4.1.2	S'adresser au patient.....	107
4.1.3	Gestion de l'espace - physique et relationnel.....	116
4.2	<i>Prolongation d'une relation professionnelle hors cabinet médical</i>	118
4.2.1	Le paradoxe des visites à domiciles.....	118
4.2.2	Multiplicité et gestion des moyens de correspondance (hors cabinet) avec les patients	122
4.3	<i>La rencontre interhumaine</i>	132
4.3.1	Une ouverture vers le patient.....	132
4.3.2	Confrontation avec le « Moi-soignant » (et ses besoins)	134
5.	Réalité de la proximité relationnelle médecin-patient en médecine générale.....	138
5.1	<i>Une question générant le malaise ?</i>	138
5.2	<i>Et pourtant, une proximité relationnelle possible</i>	138
5.2.1	Un lien de proximité d'ordre professionnel.....	138
5.2.2	Partage et liens au-delà du professionnel.....	141
5.3	<i>Facteurs déterminants de la proximité relationnelle.....</i>	142
5.3.1	L'impact du temps et du suivi.....	142
5.3.2	Les exceptions au cadre : un pas vers le rapprochement.....	145
5.4	<i>Conséquences ambivalentes pour la relation de soins.....</i>	153
5.4.1	Les bénéfices ressentis : une prise en charge étayée	153
5.4.2	Les revers ressentis du lien de proximité.....	158
6.	Difficultés de positionnement, déséquilibres dans la relation : Conséquences et gestion.....	171
6.1	<i>De l'ordre du ressenti désagréable pour les médecins</i>	171

6.1.1	Globalement, des affects contre-transférentiels éprouvants	171
6.1.2	Un ressenti complexe quand l'équilibre personnel est touché.....	176
6.2	<i>De l'attitude réactionnelle à l'adaptation</i>	175
6.2.1	Globalement, des réactions instinctives	175
6.2.2	Les réactions en situation de proximité médecin-patient	176
6.2.3	Entre réaction et adaptation	178
6.3	<i>Les causes ou situations sources de mises en difficulté</i>	187
6.3.1	Les déterminants inhérents au médecin	187
6.3.2	En lien avec la proximité relationnelle.....	190
6.3.3	Autres problématiques relationnelles.....	195
6.4	<i>L'influence d'autres facteurs</i>	203
6.4.1	Le manque d'expérience.....	203
6.4.2	Des conditions d'exercice pénibles	204
6.4.3	L'information externe par les différents médias	204
6.4.4	Le suivi irrégulier	205
7.	<i>Évolution de la relation, ajustement du positionnement du médecin : les différents facteurs</i>	208
7.1	<i>La valeur du temps et de l'expérience</i>	208
7.1.1	Une relation évolutive au fil de la pratique : construction progressive	208
7.1.2	Au fil de l'expérience, un positionnement relationnel plus naturel et apaisé.....	208
7.2	<i>L'influence d'autres facteurs</i>	211
7.2.1	La comparaison à l'expérience de confrères : des repères.....	211
7.2.2	Une expérience personnelle	212
7.2.3	La comparaison à des législations/modèles différents :	212
7.3	<i>L'intérêt controversé des formations officielles à la relation médecin-patient</i>	213
7.3.1	Une formation initiale à développer.....	213
7.3.2	L'importance de se former	214
7.3.3	Un besoin non ressenti.....	215
7.4	<i>Le travail en groupe, les échanges : une approche appréciée</i>	215
7.5	<i>Le cheminement personnel et le travail sur soi</i>	218
7.5.1	Prises de conscience.....	218
7.5.2	Prise de recul : Les enseignements tirés et approches mises en place.....	227
-DISCUSSION ET INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS-		237
A.	<i>À PROPOS DE LA MÉTHODE</i>	237
1.	<i>Le choix de l'étude qualitative : forces et faiblesses</i>	237
2.	<i>La validité externe</i>	238
3.	<i>Contrôle de la présentation de l'étude</i>	238
4.	<i>Les limites propres à l'étude</i>	239
4.1.	<i>Biais de recrutement</i>	239
4.2	<i>Biais relation enquêteur-enquêtrice</i>	239
4.3	<i>Biais de l'inexpérience de l'enquêtrice et biais d'intervention</i>	240
4.4	<i>Biais du contexte de la collecte</i>	240
5.	<i>Impression globale et intérêt vis-à-vis du sujet</i>	241
6.	<i>Evolution du positionnement de chercheur : ressenti personnel, limites et conséquences</i>	241
B.	<i>À PROPOS DES RÉSULTATS</i>	242
1.	<i>Un positionnement à contextualiser</i>	
LA MÉDECINE GÉNÉRALE : RECONNAISSANCE D'UN CONTEXTE ET DE CONDITIONS		
RELATIONNELLES PARTICULIÈRES		243
1.1	<i>Les circonstances sociétales : un climat de transition mouvementé pour la relation</i>	243
1.1.1	De l'évolution de la relation médecin-patient à l'écueil de l'attitude consumériste des patients.....	243
1.1.2	Une dissonance entre la persistance d'une image sacerdotale du médecin généraliste et la réalité d'un profil qui se renouvelle.....	244
1.1.3	La télémédecine : un avenir questionné ?.....	245

1.2	<i>Des conditions relationnelles singulières en médecine générale : la duale expérience de proximité.....</i>	246
1.2.1	Les spécificités d'exercice : d'une proximité factuelle à une proximité relationnelle.....	246
1.2.2	« <i>Exercer et vivre avec ses patients...</i> » : superposition d'environnements et limites floues.....	248
1.2.3	Finalement, une proximité relationnelle ressentie : des perceptions individuelles aux réalités communes ambivalentes.....	249
	-TABLEAU SYNTHÈSE-	251
2.	<i>Un positionnement à structurer</i>	
	DES RÉFÉRENTIELS AUX REPÈRES : UN EXERCICE CADRÉ	252
2.1	<i>L'enjeu central, la mission professionnelle médicale</i>	252
2.1.1	Des connaissances sécurisantes pour une fonction-médecin à assurer	252
2.1.2	Modalités de consultations : des codes qui soutiennent et structurent la relation	252
2.1.3	Un engagement moral, une réponse déontologique.....	254
2.2	<i>La conception humaniste, fondation de la profession</i>	255
2.2.1	Reconnaissance valorisante et unificatrice des compétences et qualités relationnelles du MG....	255
2.2.2	Des valeurs humaines partagées, gages d'une relation saine, équilibrée et durable.....	255
2.3	<i>Un cadre propre au soignant : développement de son « modus operandi »</i>	256
	-TABLEAU SYNTHÈSE-	257
3.	<i>Un positionnement à créer et adapter</i>	
	LA RÉALITÉ DE L'INTERACTION AVEC LE PATIENT	258
3.1	Des outils relationnels pour proposer... et composer.....	258
3.1.1	La parole : l'usage des mots.....	258
3.1.2	Communiquer sans parler.....	259
3.2	La rencontre de deux protagonistes : vers une co-construction ?	260
3.2.1	Le patient acteur et ses limites	260
3.2.2	Du cadre au contre-transfert : le médecin reste le chef d'orchestre.....	261
3.2.3	La rencontre avec l'autre : une confrontation avec soi	262
	-TABLEAU SYNTHÈSE-	263
4.	<i>Un positionnement à investir</i>	
	IDENTIFIER ET MATÉRIALISER SA SINGULARITÉ SOIGNANTE : DÉFINIR SA POSTURE	264
4.1	<i>Des difficultés formatrices : le dessein de son champ de compétences et de ses propres limites</i>	264
4.2	Une liberté d'organisation : des choix professionnels pour se positionner	265
	-TABLEAU SYNTHÈSE-	266
5.	SYNTHÈSE et OUVERTURE :	
	<i>Un positionnement à construire</i>	
	SE POSITIONNER ET TROUVER LA(-SA) JUSTE PROXIMITÉ : UN PROCESSUS D'ÉLABORATION	267
5.1	Se positionner : une problématique complexe et multifactorielle.....	267
5.2	Un processus dans le temps : une démarche réflexive à développer	268
5.3	La nécessité du partage pour se réinterroger.....	268
	CONCLUSION-	271
	-ANNEXES-	276
	ANNEXE I : SCHEMA DE LA PROXEMIE (E. HALL)	277
	ANNEXE II : MARGUERITE DES COMPETENCES DU MEDECIN GENERALISTE	278
	ANNEXE III : LE CYCLE REFLEXIF	279
	ANNEXE IV: GUIDE D'ENTRETIEN	280

<i>ANNEXE V : MAIL D'INVITATION A L'ENQUETE.....</i>	285
<i>ANNEXE VI : LES ENTRETIENS.....</i>	286
-BIBLIOGRAPHIE-	349

-TABLE DES FIGURES-

<u>Tableau I</u> : <i>Caractéristiques sociologiques des interviewé(e)s & caractéristiques des entretiens.....</i>	69
<u>Figure A</u> : <i>SCHÉMA RESULTATS (I) - La relation Médecin-Patient en médecine générale.....</i>	80
<u>Figure B</u> : <i>SCHÉMA RESULTATS (II) - Facteurs influençant le positionnement du médecin généraliste en amont de la rencontre avec le patient...103</i>	103
<u>Figure C</u> : <i>SCHÉMA RÉSULTATS (III) - Les déterminants de l'usage des pronoms d'adresse.....</i>	115
<u>Figure D</u> : <i>SCHÉMA SYNTHÈSE (IV) - La pratique, dans la réalité de l'interaction avec le patient.....</i>	137
<u>Figure E</u> : <i>SCHÉMA RÉSULTATS (V) – Les conséquences du rapprochement humain.....</i>	170
<u>Figure F</u> : <i>SCHÉMA RESULTATS (VI) – Les stratégies & approches des médecins pour gérer les difficultés relationnelles.....</i>	206
<u>Figure G</u> : <i>SCHÉMA RÉSULTATS (VII) – Les déterminants des phénomènes rapprochement/éloignement du patient, selon les médecins généralistes.....</i>	207
<u>Figure H</u> : <i>SCHÉMA RESULTATS (VIII) – Se former au relationnel.....</i>	235
<u>Figure I</u> : <i>SCHÉMA SYNTHÈSE – Facteurs déterminants du positionnement du Médecin Généraliste face au patient.....</i>	236

-Liste des abréviations-

MG : Médecin Généraliste

ECN : Epreuves Classantes Nationales

SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé

DES : Diplôme d'Études Spécialisées

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

-PRÉAMBULE-

À l'origine du questionnaire...

Une jeune personne, qui comme tant d'autres, a souhaité devenir médecin...

Devenir médecin, à mes yeux... Interrogations et réflexions...

Très certainement, aller vers l'autre, se rapprocher de l'autre, comprendre l'autre, aider et soigner l'autre, accompagner l'autre et pouvoir même guérir l'autre... Voilà les multiples façons dont j'envisageais (et envisage toujours) mon futur métier, depuis fort longtemps choisi et imaginé.

C'est donc assez naturellement, durant un stage d'externat que la médecine générale attira mon attention. Effectivement, je me souviens m'être rapidement projetée dans cette discipline pluridimensionnelle, cette médecine globale et de suivi possédant une forte composante relationnelle avec le patient, essentielle à mes yeux.

Actuellement médecin généraliste remplaçante depuis quelques années, ce statut m'a notamment permis de poursuivre mon apprentissage, d'acquérir de l'expérience, mais aussi d'observer et d'écouter. Je me suis alors souvent questionnée...

Aujourd'hui, à l'ère du développement des biotechniques, il semble que l'aspect relationnel du duo médecin-patient, quelque temps délaissé au profit d'une médecine plutôt « technique » et de performances, fasse son retour sur le devant de la scène.

La médecine et la relation médecin-patient ont incontestablement évolué ; le modèle informatif où « le patient acteur décide » gagnant progressivement du terrain sur l'ancestral modèle paternaliste où « le médecin a longtemps décidé seul ».

Cette progression actuelle positionnant le patient au centre des préoccupations ; où il semble nécessaire de rechercher ses préférences, de le comprendre, invite alors inévitablement les médecins à « se faire plus proches » de leurs patients, qu'auparavant. En effet, pour comprendre une personne et adapter une prise en charge, n'est-il pas instinctif de venir la rencontrer et de « s'en rapprocher » d'une certaine manière ?

De plus, comme cela nous l'est enseigné durant nos études, la relation médecin-patient est notamment régie par l'empathie, c'est-à-dire « *la faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent* (2) », soit, réaliser en quelque sorte un nouveau pas vers le patient.

Pourtant, dans le même temps, les professionnels de santé sont incités à trouver cette « bonne distance » ou « distance professionnelle », à ne pas trop s'impliquer personnellement, à gérer leurs affects et garder un recul émotionnel suffisant face au patient.

Cette notion de proximité que je formule, en écho à la notion de distance, prend également tout son sens à travers l'exercice de la médecine générale.

Depuis 2004, le médecin généraliste est relié, à la fonction de « médecin traitant »(3). Il possède donc un rôle central au sein du système de santé et représente un interlocuteur médical privilégié pour les patients qu'il est amené à suivre, souvent sur le long terme. Étonnamment, la formation médicale ne semble pas l'avoir particulièrement plus préparé à ce versant relationnel humain pourtant très présent.

En effet, du 1^{er} médecin habituellement consulté au médecin de famille et de suivi global, il apparaît comme un soignant connaissant généralement bien ses patients, souvent confident et évolue fréquemment à leur contact... Présent à de nombreux temps forts de l'existence de ses patients, il est un personnage central dans la vie de chacun d'entre eux et c'est ainsi que médecin généraliste et patients écrivent une histoire commune dans la durée, dont le fondement est incarné par la relation médecin-patient.

Dans le temps, en tenant compte des contacts répétés mais aussi de la proximité géographique, l'exercice en médecine générale semble donc naturellement propice à l'évolution de cette relation, initialement régulée par la « juste distance », et ainsi mener à ce que médecin et patients puissent tisser certains liens, notamment ceux de se faire plus proches. Alors, cette « juste distance » initialement transmise serait progressivement mobile et évolutive.

En résumé, le médecin généraliste est inévitablement porté par sa mission de professionnel de santé, où la relation et la conception de « distance professionnelle » s'avèrent primordiales pour réaliser son métier de soignant. Pourtant, dans le même temps, il évolue dans un contexte particulier de proximité avec ses patients.

Finalement, tenant compte de ces différents paramètres, trouver le juste positionnement lorsque l'on accompagne des patients « au quotidien » et dans la durée peut vite s'avérer complexe...

Enfin, La question de recherche

Je remarque, je m'interroge, je tente de comprendre ce qui m'entoure...

C'est donc de ces différentes réflexions et face à la multitude de comportements et réactions observés durant mon début d'exercice (stages ou remplacements), qu'est né mon questionnement autour de cet aspect relationnel, autour de « cette proximité » entre médecin et patients en médecine générale.

En effet, malgré une formation somme toute comparable, des différences notables existent. Certains médecins semblent très proches de leurs patients et très à l'aise dans cette formule relationnelle alors que d'autres s'avèrent au contraire en retrait et comme « verrouillés ». Sur le moment, je réalisais que je ne me retrouvais dans aucun schéma et ne savais pas à quoi faire appel dans mes enseignements pour me guider... Me sentant un peu démunie, j'ai souhaité approfondir mon interrogation concernant ce positionnement.

Mes questions initiales étaient : Comment les médecins font-ils pour se positionner ? Quelle est la bonne attitude ? Comment dessiner sa place et trouver l'équilibre face au patient en médecine générale ?

Ma réflexion et mon cheminement ont évolué tout au long de ce travail et la véritable question s'est finalement posée :

Alors, comment trouver le juste positionnement face au patient, dans les conditions relationnelles de proximité, particulières à la médecine générale ?

C'est à travers une enquête s'intéressant aux représentations et vécus des médecins généralistes, concernant cette notion de proximité avec les patients, ainsi qu'à leurs différentes conduites dans la pratique, que j'ai tenté de répondre à cette question.

Avant d'entrer dans le vif du questionnement, quelques précisions sont nécessaires pour introduire ce sujet, avec une première partie permettant de redéfinir : tout d'abord, « le médecin » dans sa construction et ses différentes dimensions et plus précisément, dans la réalité de l'exercice de la médecine générale ; secondairement, les contours de la relation médecin-patient, pour enfin réfléchir sur la notion de positionnement pour le médecin.

Les parties suivantes présenteront l'étude proprement dite et ses résultats.

La dernière partie sera consacrée à la discussion et l'interprétation des données recueillies, pour ensuite conclure.

-CONTEXTE GÉNÉRAL-

Durant de ce travail, j'ai décidé d'étudier et de tenter de comprendre le positionnement adopté par les médecins généralistes face leurs patients, dans les conditions d'exercice et de vie, particulières à la médecine générale.

Au sens figuré, le fait de se positionner se définit , notamment par « *se situer, se définir par rapport à quelqu'un, quelque chose* » (4) . Il semble donc essentiel de pouvoir se définir avant de se positionner.

A. DU MEDECIN À LA MÉDECINE GÉNÉRALE

Lors de cette première partie, il me paraît avant tout important de faire rapidement le point sur la « naissance » et construction du médecin ; pour pouvoir ensuite envisager et comprendre le médecin généraliste dans ses conditions d'exercice et son environnement global.

Ces étapes de construction du « médecin » qui, inévitablement, de manière consciente et inconsciente, dessinent et influencent le comportement ultérieur de soignant ainsi que la relation à l'autre.

1. La genèse

1.1 Quelques précisions

1.1.1 Définition actuelle élémentaire

Un médecin est un professionnel de la santé, une « *personne habilitée à exercer la médecine après avoir été admise à différents examens sanctionnant plusieurs années d'études médicales et après avoir soutenu une thèse de doctorat* » (5). Ayant acquis des savoirs, « *il soigne les maladies, pathologies et blessures* » (6) et prend soin des patients.

Cette définition, rend compte dans un premier temps du « savoir » et « savoir-faire » de cette profession.

Les rôles et missions précis seront ultérieurement explicités dans le cadre spécifique du médecin généraliste.

1.1.2 Origines et étymologies

Pour chercher à comprendre la signification du mot « *Médecin* », en son étymologie, voici « la vérité du mot ».

Tout d'abord, la plus importante aujourd'hui, la racine latine *medicus* (que l'on retrouve dans des nombreux mots médecin, médecine, médical, médicament, remédier, irrémédiable...), signifiant « *qui soigne, qui aide à guérir* » (7). Originellement, la racine indo-européenne *med-* exprime l'idée de mesure et d'ordre. Le médecin est donc un homme mesuré et sage (cf. le serment d'Hippocrate (8)) ; un homme de mesures (chiffres et calculs) qui prend les mesures qu'il faut pour guérir son patient. Il existe aussi la racine grecque *iatros* signifiant médecin ; le préfixe désigne aussi une notion de soins médicaux.

On retrouve une nouvelle fois une notion de « savoir-faire » objectivable, de l'ordre de la technicité.

1.2 Médecin et représentations

1.2.1 L'image à travers les temps

Le médecin n'a pas toujours été homme de sciences. Rétablir la santé a longtemps relevé de la magie, des croyances religieuses, des pratiques traditionnelles (9) avant d'être enfin relié à un savoir et des techniques scientifiques. Le travail de thèse du Dr MOUSEL Catherine a permis de retracer l'évolution de l'image du médecin (10).

Globalement, il souligne que, du médecin sorcier abordé avec respect et méfiance (1), jusqu'au médecin scientifique actuel, souvent décrié, ce dernier est un personnage qui n'a jamais cessé de déstabiliser l'opinion publique.

L'ère du médecin laïc et de l'esprit rationnel, jusqu'au temps d'Hippocrate (460-377 avant JC), le « père de la médecine » vient marquer un tournant majeur, non seulement au niveau déontologique, avec ses grands préceptes intemporels rappelés dans le célèbre serment portant son nom (8), mais surtout dans l'histoire de la médecine. La maladie est phénomène naturel et non divin, l'acte médical devenu technique est désenchanté, ce qui vaudra aux médecins une mésestime assez longue.

La période du médecin scientifique au médecin d'aujourd'hui, dessine une évolution : la profession médicale est codifiée et réservée aux titulaires d'un doctorat. Le rôle sociétal du médecin est inscrit, il devient une personnalité crainte et respectée. Le malade se plie à ses ordres. Le paternalisme prospère.

Au cours du XXème siècle, la représentation du médecin va se développer positivement, jouissant plutôt d'une image autoritaire, rassurante et compatissante. À cette époque, le médecin généraliste incarne souvent le lien central avec le monde médical, suivant ses patients pour la plupart, toute une vie. Puis les progrès scientifiques et techniques vont se démocratiser. Le malade devient consommateur et de plus en plus exigeant : il veut non seulement un accès immédiat aux soins mais aussi une guérison rapide et sans effet secondaire. Il se pourrait que le médecin devienne même un fonctionnaire parmi d'autres, presque avantageusement remplacé un jour par un ordinateur...

Ces quelques rappels non exhaustifs nous permettent aujourd'hui en partie de mieux comprendre l'évolution vers la médecine actuelle.

1.2.2 Un titre

Nous avons pu le constater, l'image du médecin s'est développée au fil du progrès, mais ce personnage ne laisse pas place à l'indifférence. Ce « *n'est pas un homme comme les autres* » (1) (*Le médecin face au patient* de L. ISRAEL).

En témoigne le titre de « *Docteur* », distinction verbale faite dès qu'une personne s'adresse à un médecin ; parfois même dès le statut d'étudiant (assimilation spontanée parfois abusive puisque le titre de Docteur désigne spécifiquement, toutes les personnes détentrices d'un doctorat.) La confusion est due au fait que la médecine a longtemps été la seule profession nécessitant un tel niveau d'études pour exercer. (11)

Entre confrères, il est d'usage de se présenter via ce titre « *Bonjour, je suis le Dr Untel...* » mais le médecin ne tient pas spécialement à cette désignation de la part des patients.

Pourtant pour les patients, il émane une certaine aura, une fierté à fréquenter (en milieu professionnel ou non) ce personnage important. C'est ainsi que le médecin conserve un certain prestige et l'appeler « *Docteur* » lui confère une indéniable supériorité, comme l'énonce L. ISRAEL, (1) mais il se voit aussi porteur de cette fonction en (quasi) toutes circonstances.

Généralement, il est plus naturel de penser que l'usage de ce titre honorifique par les patients témoigne simplement d'une forme de respect envers le médecin.

1.3 Devenir médecin : construction ou prédestination ?

1.3.1 Pourquoi devenir médecin ?

[Témoignage d'un étudiant en médecine à la faculté d'Angers] :

« J'imagine que ça dépend de chacun bien sûr. Ce qui est certain, c'est que la médecine offre de nombreuses opportunités, l'occasion d'apprendre des matières variées, tant scientifiques que sociales, littéraires ou juridiques. C'est très diversifié ! En ce qui concerne le principal sujet d'étude, le corps humain, c'est tout simplement passionnant ! De plus, outre les études particulièrement intéressantes, il est évident que la médecine apporte des avantages à long terme. On exerce une profession

valorisante, bien rémunérée et nous bénéficions de la sécurité de l'emploi. Être au service des autres est aussi une dimension motivante de la médecine, bien qu'elle n'en fasse pas la spécificité.

Pour ma part, c'est le côté scientifique qui m'a attiré de prime abord vers la médecine, l'occasion de faire de la recherche et d'apprendre des choses tout au long de ma carrière. Plus on avance dans les études de médecine et plus on est confronté à l'Humain, c'est quelque chose de plaisant bien que parfois difficile. » (12)

Ce témoignage souligne l'influence de différents paramètres et motivations à préciser, pour tenter de comprendre ce cheminement.

L'empreinte de l'enfance, le « Jeu du Docteur » et la construction de l'image projective

Ce jeu initialement d'imitation, mettant en scène des personnages de la vie réelle, autour de costumes, d'instruments... devient vite un jeu d'imagination face aux différentes improvisations développées par l'enfant. Mais, selon Lucien ISRAEL, « *tous ces éléments réellement vécus ou imaginés ne servent en fait que le prétexte à la libération d'aspirations inavouées, à l'expression de volonté d'identification, d'accession à un statut affranchi des contraintes de l'enfance* »(1). On comprend par là, que cet attrait commun pour ce jeu pourra finalement s'avérer très révélateur de la personnalité secrète de l'enfant et même devenir un jeu projectif. En effet, quasiment tous les enfants ont déjà joué à ce jeu.

Mais, pourquoi l'enfant joue-t-il au Docteur ?

Plusieurs raisonnements généraux interviennent : imitation de la réalité permettant en quelque sorte sa maîtrise ; mais aussi jouer le rôle du docteur et s'investir de ses qualités et pouvoirs.

Finalement, trois dimensions essentielles vont opérer pour participer à la construction de l'image du médecin.

La première image retrouvée est *un rôle maternel protecteur* (1), ce « Médecin-Mère » qui protège et réalise aussi la source de tous les bénéfices secondaires où le malade en régression entraîné par la maladie se voit passif, se laisse porter.

Cet accueil, attention et gentillesse du médecin seront des qualités prisées des patients (transfert positif du patient, voir ci-dessous), permettant parfois même de compenser des imperfections dans les connaissances.

Le rôle paternel autoritaire est symbolisé par un médecin puissant, générant la crainte. Dans le jeu, le rôle du médecin est enviable car c'est lui qui décide et il faut lui obéir. Il pratique certains actes douloureux et il faut tout de même l'en remercier : « faire mal pour faire le bien ». C'est ainsi que le médecin représente à la fois un personnage redoutable mais aussi paternel qui sert de modèle : « *il exerce la puissance et incarne la loi* » (1). Cette autorité pose le cadre et permet alors de prendre des décisions et de les imposer aux malades.

(Le troisième *rôle sexuel licencieux*, est rarement vérifié. Il ne sera pas développé ici.)

En somme, le jeu du Docteur est empreint d'aspirations que l'adulte n'a su ou pu satisfaire. « *Ce n'est pas tant le jeu en soi qui représente un désir de l'adulte mais plutôt le personnage qui s'y incarne. La nostalgie d'une instance protectrice et puissante et en même temps libre de toute contrainte n'est jamais éteinte au cœur de l'adulte...* » (13).

L'image du médecin est donc particulièrement appropriée pour apaiser cette désolation enterrée chez l'adulte. Le jeu permettra de marquer dans le souvenir de l'enfant une première représentation du médecin qui affirmera la fonction de substitut parental qu'on lui consent, ainsi prête à provoquer l'investissement. Le malade, à travers la réalité quotidienne, va alors retrouver les vertus (protection, puissance et licence) attribuées au médecin du jeu de son enfance ; ce médecin, substitut parental (liens avec transferts/contre-transferts).

Les enfants ayant tous (ou presque) « *joué au Docteur* », on le comprend, ce jeu représente une attraction commune. Pourtant, tous ne vont pas devenir médecin...

Quels sont les différents phénomènes rencontrés et mis en jeu pour ceux qui s'orientent vers ce choix médical ?

La vocation médicale : une condition incontournable ?

- *Distinguer Vocation, Motivation(s) et facteurs incitateurs*

Le travail de Caroline PERIER nous permet de faire la distinction entre trois notions importantes mises en jeu pour le choix de cette profession médicale : la notion de vocation, la/les motivation(s) et les différents facteurs incitateurs.

En effet, son travail s'est, en partie, attaché à identifier les différents motifs cités par les internes pour s'orienter vers la médecine (13). On y retrouve les motivations personnelles de tout à chacun, construites et conscientes, « *éléments qui poussent quelqu'un dans son action* » (14) (exemple : *Exercer un métier utile et concret*) ; les facteurs incitateurs, plutôt liés au vécu personnel et exerçant une influence (exemples : *L'influence du vécu personnel - vécu de la maladie ou de la maladie d'un proche- , Le suivi par un médecin dans l'enfance ou l'existence d'un médecin identifié comme personne marquante*).

Néanmoins, la plupart des réponses renvoient à la notion de « vocation », on entend par là des déterminants plutôt de l'ordre de l'inné, d'aptitudes naturelles (*L'intérêt scientifique et l'intérêt intellectuel, le goût pour le contact humain, le relationnel, l'altruisme et l'empathie, et enfin la « vocation depuis l'enfance »*).

Ce travail met donc en évidence que la part de vécu influence bel et bien les choix d'orientation mais certaines aptitudes naturelles ou qualités innées apparaissent nécessaires et inévitables pour choisir d'exercer ce métier.

Pourtant, de nos jours, il semblerait que les « vocations » se fassent de plus en plus rares...

- *Alors, peut-on (encore) parler de vocation ?*

L'idée semble aujourd'hui controversée.

Dans son livre *Le désir médical*, Vincent DELAHAYE rapporte : « *Chacun a ses motivations très personnelles de se retrouver là ; beaucoup parlent de vocation, peu imaginaient faire autre chose* »

(15). Certains s'orientent par passion : « *C'est l'un des plus beaux métiers. Quand on parvient vraiment à aider quelqu'un, on en tire une grande satisfaction* ». « *J'ai toujours souhaité exercer ce métier : soigner, aider et tenter d'aller au-delà de la demande* » (16).

Quand d'autres disent clairement : « *Je n'avais pas la vocation !* ». « *Tous les médecins n'ont pas su à 7 ans que telle était leur destinée. Tous les médecins ne sont pas à leur place en médecine* » (17).

Pour ces derniers, il semble logique de penser que certains facteurs incitateurs et/ou motivations personnelles construites soient intervenus dans le choix de devenir médecin.

Et qu'en est-il des premiers ? Finalement, cette « *vocation médicale* » existe-t-elle vraiment ?

Les historiens de la médecine du XX^e siècle évoquent l'idée communément admise que, la « *profession médicale s'épouse par vocation* » (18). Elle se définit comme une « *inclination, un penchant particulier pour un certain genre de vie, un type d'activité* » (19), et ne peut être détachée, dans son histoire et origine, du contexte religieux et de la notion de sacerdoce.

On a accordé le mot vocation, basé sur le verbe *vocare* qui signifie *appeler*, à des activités professionnelles qui demandaient un grand renoncement et la prise de grands risques. C'est pourquoi dans l'histoire, les médecins ont longtemps été identifiés aux prêtres, comme ceux qui ont « *entendu l'appel* », faits pour cela depuis toujours... Le chirurgien Jean QUENU, cité par Bénédicte VERGEZ parle « *d'impérieux appel de voix intérieure* » pour qualifier son attrait pour le métier de médecin (18)

Entre le XIX^e et XX^e siècle, la médecine est basée sur une représentation destinée à la distinguer du commun : une profession élue, au sein de laquelle uniquement les meilleurs peuvent être appelés à exercer. Seule une vocation particulière permet alors de s'engager vers une carrière si délicate. Au XX^e siècle, si la tradition de la vocation médicale perdure, la dimension sacerdotale s'affaiblit très nettement (20) . De nos jours, très peu sont ceux qui vont se dévouer corps et âme à leur métier.

Même si elle s'en éloigne, Thomas LE TAILLANDIER DE GABORY parle, dans son travail de thèse en philosophie, de la vocation médicale comme une « *métamorphose de la vocation religieuse* ». « *Il*

existe un changement de forme et pourtant un fond commun persiste, celui d'un appel à guérir. La vocation médicale pourrait donc concerner tous les médecins, même ceux qui ne sont ni appelés, ni consacrés, ni passionnés » (20).

Naissance d'une vocation : innée ou acquise ?

Durant le XXe siècle, Louis Ferdinand DESTOUCHES, écrivain et médecin français, parle de sa vocation médicale : « *Ma vocation c'était la médecine... Tout petit, je rêvais d'être médecin, de soigner les gens... Vers 5 ans je crois bien* » (21). Il révèle une admiration pour le geste technique mais exprime un appel beaucoup plus profond : « *...répondre à la misère, à la souffrance de l'homme* » (24). Certaines carrières semblent donc toutes tracées, comme « prédestinées » ...

Alfred ADLER, médecin et psychothérapeute/psychanalyste, fût un des premiers psychosomaticiens (sous l'influence de Sigmund Freud) à avoir tenté de développer l'origine de la vocation indépendamment de la conception religieuse. Selon lui, tout se joue lors de la formation de la personnalité (non-innée mais acquise) (22) (23).

Selon Lucien ISRAEL, le choix de la médecine semble naître d'un profond désir intérieur : « *la décision de devenir médecin* » n'est pas un choix construit mais « *s'est un jour imposée, même si elle a pu paraître suggérée par autrui ou par d'apparents arguments rationnels* » (1).

Il explicite certains fondements inconscients cachés derrière les motifs rationnels. Il se peut que « *certaines vocations suggérées par les parents (...) ne font-elles que venir au-devant des désirs refoulés qui n'attendaient que cette occasion, ou plus exactement cette autorisation pour se manifester* » (1). Il semble donc que tout choix d'activité(s), toute orientation, à l'âge adulte soit empreint de ces désirs inconscients (*Connaître, pouvoir et voir et le désir de réparation*(24) .

Ces écrits précisent de quelle manière ils représentent le moteur de ce parcours médical.

Pourquoi certaines personnes semblent-elles plus concernées par la souffrance d'autrui ? Plus sensibles pour y répondre ? ... De nombreuses influences jouent leur rôle, mais il faudrait alors pouvoir analyser le schéma individuel de chacun pour comprendre plus précisément.

On constate que derrière des motifs conscients de choix de carrière médicale se profilent aussi des fondements inconscients dans ce cheminement (comme *le désir de réparation* (24)), pouvant témoigner de cette conception de vocation. Cependant, avec l'évolution de la profession, les médecins recherchent désormais, non plus un unique épanouissement professionnel mais bien un équilibre de vie global ; le terme de « vocation » semble donc désuet. Comme le conclut Thomas LE TAILLANDIER DE GABORY : « *le médecin est un être-fait-pour-guérir. [...] Voilà la vocation médicale, voilà ce fond commun à tous les médecins, qu'ils aient une vocation-appel, une vocation-consécration, une vocation-passion ou aucune d'elles.* » (20)

1.3.2 De la confrontation à la concrétisation : Initier la construction d'une « identité-médecin »

La formation, un cheminement vers la « fonction-médecin »

Ce thème, soulevé dans de nombreux ouvrages (1) (15) montre à quel point la période étudiante en médecine peut s'avérer délicate pour les jeunes professionnels de santé en construction ; tant par sa longueur (minimum de 9 ans pour les médecins généralistes), que par la quantité et diversité d'enseignements.

L'étudiant va évoluer jusqu'à la fonction pratique d'interne ; voie à la fois de formation et d'autonomisation, sous la responsabilité d'un médecin senior.

En parallèle, la recherche de sens accompagne et illustre ce parcours étudiant : cette formation initiale fonctionnant comme vecteur de construction professionnelle.

À travers ces différentes étapes, dans cette discipline transmise de pairs, l'étudiant est en attente de la rencontre avec le patient. Durant les études, le positionnement s'expérimente avec difficulté pour le stagiaire, qui, se sentant parfois noyé dans la masse du personnel médical, risque progressivement de gommer son identité et sa singularité.

Les contacts avec les malades sont très restreints et il doit dans le même temps apprendre les règles et comportements des médecins sans en avoir le retour, la reconnaissance, au sein de la relation de soins. Il recherche également une image à laquelle s'identifier ; à la fois à travers le(s) médecin(s) qui le forme(nt) mais aussi dans le regard du patient.

L'étudiant qui pensait rencontrer l'humain est poussé à mettre de côté ses sentiments pour une approche objective des problèmes médicaux et une juste distance « *Il ne doit pas uniquement assouvir ses désirs dans la relation avec le patient, il doit apprendre à le soigner* » (15).

C'est au contact du corps médical, cette structure donnant un sens à la « fonction-médecin », que l'étudiant se confronte à une expérience de dépossession, mêlant déstabilisation (face à ce sentiment de laissé-pour-compte en perte d'identité et de subjectivité) et de frustration (face à cette rencontre avec le malade tant fantasmée qui ne peut avoir lieu). « *Il est alors en proie au doute. Il n'est pas reconnu comme médecin par le malade et a le sentiment d'être un outil dans les mains du corps médical, que celui-ci nie en tant qu'individu. Il n'existe plus dans sa singularité d'étudiant. Il tend à devenir objet du regard du médecin, par un mécanisme d'identification.* » (15)

De la « fonction-médecin » à l'« identité-médecin »

L'étudiant va rapidement comprendre que « fonction-médecin » = non-patient.

Dans une première phase d'empathie, d'identification à la souffrance du patient, l'étudiant va donc être amené à d'abord délaissé son premier désir ; celui de se rapprocher du patient et d'aspirer à une relation thérapeutique authentique. En effet, cette identification peut être comparée à un désir de régression (25), il doit alors abandonner cette position passive pour exercer.

La fin de cette phase est comparée à une période de crise traversée par grand nombre d'étudiants en médecine, la période de *nosophobie* ou « *le syndrome de l'étudiant en médecine* » (25) (26). En effet, l'étudiant est amené à ce moment-là à diagnostiquer ou s'auto-diagnostiquer les pathologies apprises, en contractant les symptômes. Cette période représente alors un temps de transition entre l'identification passive au patient et la fonction active du médecin.

Dans le même temps, il se heurte au corps médical et au besoin de s'identifier à ce collectif qui fixe en quelques sortes le cadre et les règles. Ce corps médical regroupant certains traits identitaires pousse l'étudiant à penser « *qu'adopter cette fonction (médecin), c'est adopter cette identité* » (15). Apprenant à nier une partie de soi, plus l'étudiant s'identifie au collectif du corps médical plus il se différencie du patient. Il va donc se chercher dans le regard des médecins responsables de sa formation, chercher l'approbation, le soutien, la reconnaissance, pour appartenir à ce corps médical.

[Témoignage] (15): « *Mes premières expériences de la médecine, ma première approche de la fonction-médecin a eu lieu en tant qu'étudiant à l'hôpital. J'étais étudiant depuis quelques années mais le savoir qui m'avait été dispensé jusqu'à lors ne concernait qu'une vision médicale de l'être humain ; [...] mes premières rencontres avec les patients étaient limitées [...]. Cet exercice se déroulait sous le regard du médecin qui m'indiquait les gestes à effectuer, la technique de l'examen clinique. C'est ce regard qui me soutenait dans ma position d'étudiant, de médecin en formation, auprès du patient. [...] Ce regard approbateur n'était pourtant pas une évidence. Son soutien face au patient ne m'était attribué qu'à la condition de me plier aux exigences attendues des médecins, pour une part non-dites, à renvoyer l'image de ce que le médecin se représente comme un modèle de « bon étudiant ». [...] Le plein investissement du discours médical m'apparaissait donc comme le moyen de combler un manque qui m'était propre de réaliser le désir qui m'avait conduit en médecine. »*

Finalement, chaque futur médecin va puiser dans son histoire personnelle, les ressources et motivations pour initier son parcours médical mais tous vont devoir communément emprunter la même voie d'accès : celle des études médicales et de la confrontation à la fonction-médecin.

Cette confrontation qui finalement chahute un peu l'étudiant : il expérimente à la fois le besoin de se reconnaître comme partie intégrante du corps médical qui fait autorité et soumet aussi l'individu à la collectivité ; et, fait à la fois l'expérience d'une vive désillusion face à la mise à distance qu'il est nécessaire d'instaurer avec le patient pour apprendre l'analyse objective du problème médical. Alors qu'il y est régulièrement confronté au niveau relationnel, c'est avec cette image de négation de l'altérité que l'étudiant va se construire (19). C'est ainsi qu'est enseigné et transmis le modèle de relations : *« être d'abord reconnu par le corps médical avant de prétendre être médecin aux yeux du patient »*,

[Témoignage] (15) *« Les différents médecins que j'ai rencontrés m'ont permis de construire une image référentielle à partir de laquelle j'ai pu me situer comme futur médecin. Mais la façon de constituer mon rapport à cette image n'a pas été indépendante de la forme même de cette référence. L'image qu'il m'est resté de ces médecins est l'impression qu'ils m'en ont laissée, au travers de nos relations. »*

On comprend alors que le médecin jouera sûrement, dans la relation médecin-patient, tout ou partie du modèle de rencontre ainsi construit et élaboré.

1.3.3 Valeurs et personnalité du médecin

Le jeune médecin termine son long parcours de formation biomédicale et technique mais aussi de transmissions en termes de respect déontologique et éthique. Bien qu'engagé dans cette identité-médecin, développée en rapport au corps médical, d'autres facteurs interviennent dans sa construction et pourront prendre place dans la mise en pratique de son exercice.

Ce parcours développe naturellement des valeurs d'excellence et de perfectionnisme, poussant parfois le médecin à devenir une sorte de « super-héros ».(27)

Mais, face à ses valeurs émanant du cadre de formation, il est intéressant de constater que la personnalité du médecin ou ses valeurs, liées à son vécu personnel prendront une part importante

dans l'investissement de la relation au patient mais aussi de son exercice médical (différents travaux de thèse (28) (29) concernant cette thématique en attestent).

Ces différents facteurs : rencontres, modèles, valeurs et formation vont inévitablement influencer sur la motivation et le choix de l'étudiant pour les ECN. Pendant l'internat, toujours sous la guidance hospitalière, l'étudiant apprend l'autonomie et expérimente de manière un peu plus réelle la rencontre avec le patient.

C'est en fin de cursus que les jeunes médecins vont être amenés à faire un choix concernant leur avenir professionnel et définir leur mode d'exercice. Plutôt préparés à une pratique hospitalière, certains feront pourtant le choix de se tourner vers un exercice libéral.

2. L'arrivée en médecine générale

2.1 La préparation à l'exercice

2.1.1 Une médecine usuellement libérale, une préparation majoritairement hospitalière

En 2004, le concours de l'internat a été remplacé par les ECN, devenus obligatoires pour tous les étudiants en médecine, quelle que soit la spécialité choisie. C'est à ce moment que le décret du 18 janvier 2004 (30) ouvre la médecine générale au rang des spécialités. Ainsi, au terme de 3 années d'internat, soit 6 semestres qui, validés et accompagnés de la réalisation d'un mémoire portant sur la médecine générale, mènent à la délivrance du Diplôme d'Études Spécialisées en Médecine Générale.

En 2008, ce sont 86% des internes en médecine générale qui envisagent tout ou partie de leur activité future en exercice libéral, et 97% prévoient d'effectuer dans un premier temps des remplacements, pendant 3 ans en moyenne, avant de s'installer (34).

D'ailleurs, 54.7% des médecins généralistes nouvellement installés estiment que leur formation initiale les prépare trop rarement à ce mode d'exercice et à ces multiples composants.

Concrètement, au-delà des stages hospitaliers, les futurs médecins généralistes sont tenus d'effectuer pendant leur internat, à minima un stage chez le praticien généraliste libéral voire un deuxième grâce au SASPAS (projet de 63% des étudiants en médecine générale en 2008), donc au mieux 1 an de formation sur le terrain de la spécialité(31).

À Strasbourg, lors de ma formation, un enseignement théorique (S6) de 3 journées sur un semestre s'avérait obligatoire, portant sur l'exercice professionnel et toutes les compétences non-médicales nécessaires à la profession de médecin généraliste.

Cela semble être peu pour se préparer à l'exercice spécifique en milieu libéral surtout que la médecine générale apparaît de façon évidente comme la première spécialité où la volonté d'exercer en cabinet s'impose. Les jeunes médecins semblent pallier à ce manque en effectuant des remplacements, probablement pour envisager une entrée progressive dans l'exercice libéral sans s'y engager totalement.

2.1.2 Formation au versant relationnel – [exemple de Strasbourg]

Via la définition des compétences fondamentales en médecine générale, la partie suivante souligne l'importance de l'approche relationnelle en médecine générale. En effet, de nombreux travaux, d'HIPOCRATE à ceux du Docteur BALINT(32), nous rappellent la dimension capitale du rôle thérapeutique de l'implication du médecin dans la relation avec son patient. C'est « l'effet-médecin », Balint parle de « *remède-médecin* », comme un gage de qualité de la relation médecin-patient. Il convient donc au médecin d'en être conscient et d'y être attentif. Pourtant, malgré

l'intérêt grandissant pour le versant relationnel, cette notion n'est pas enseignée durant la formation initiale des étudiants. De manière globale, de nombreux médecins déplorent de ne pas avoir été assez sensibilisés ou formés aux approches relationnelle et humaine, qui représentent ou interviennent pourtant en grand nombre, pour ne pas dire systématiquement, dans les consultations de médecine générale.

D'autres notions concernant la dimension relationnelle de l'exercice de la médecine sont fondamentales et quelques-unes seront partiellement exposées ci-dessous.

Malgré un manque important de sensibilisation pour les anciennes générations de médecins formés, les enseignements initient aujourd'hui la mise en place de groupes Balint (entre médecins ou étudiants).

En place depuis 15 ans à Paris (et obligatoires à l'obtention du DES de Médecine générale), ils sont actuellement développés à Strasbourg, proposant à de « *petits groupes d'étudiants ayant déjà une pratique clinique (2ème ou 3ème cycle), une animation par un ou deux co-leaders expérimentés (un médecin généraliste et un psychanalyste). La Fréquence est de une ou deux séances par mois pendant un ou deux semestres* » (33). L'objectif étant de « *permettre aux praticiens d'analyser les implications affectives et émotionnelles dans le travail avec les patients et de rechercher de quelles ressources personnelles ou professionnelles ils disposent pour s'en occuper* » (34)

En voici quelques-uns des intérêts :

- Assurer une meilleure relation médecin-malade
- Améliorer la prise de conscience des émotions du médecin et accepter leur place dans la consultation/ Percevoir les sentiments et les émotions inconscientes du médecin et les utiliser dans la relation thérapeutique (désir, haine, rejet, peur, omnipotence),
- Prendre en compte les représentations culturelles de la maladie, du soin et de la guérison (mieux écouter le malade et rester vigilant aux influences sociales qui bloquent le système de santé et du même coup la relation thérapeutique)
- Mieux centrer la relation sur le patient plutôt que sur la maladie
- Mieux utiliser son attention et développer son écoute, son honnêteté, son éthique

- Augmenter sa satisfaction professionnelle et ses relations avec les patients difficiles, les familles difficiles, les situations difficiles...
- Avoir une plus grande disponibilité intellectuelle et affective, bref une plus grande créativité.

De manière globale, l'investissement dans un groupe Balint peut permettre de dessiner un meilleur équilibre et accomplissement professionnel.

2.2 Une réalité d'exercice

2.2.1 Compétences particulières et spécificités de la médecine générale

La médecine générale et médecine de famille est clairement définie par la WONCA Europe(35).

« La médecine générale - médecine de famille est une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques. C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires. »

Y sont décrites les caractéristiques de la discipline globale et spécialisée (35) (page 7.), définissant en partie, une approche centrée sur la personne, répondant aux problèmes de santé selon toutes leurs dimensions, physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle ; mais aussi les six compétences fondamentales du médecin généraliste (page 9 du rapport). Ces dernières s'appliquent dans trois champs d'activité :

- La démarche clinique
- La communication avec les patients
- La gestion du cabinet médical

« L'interrelation entre les compétences fondamentales, les champs d'activité et les dimensions spécifiques caractérise la discipline et souligne la complexité de cette spécialisation.

C'est cette interrelation complexe des compétences fondamentales qui doit servir de guide et se retrouver dans le développement des programmes de formation, de recherche et d'amélioration de la qualité. »

Comme le souligne son texte : « *Il est vital que le rôle complexe et essentiel du médecin généraliste - médecin de famille au sein des systèmes de santé soit parfaitement compris par le corps médical, mais aussi par les professionnels associés à la médecine, les responsables de la santé, les économistes, les politiciens et le public.* »

2.2.2 Une médecine de proximité pour les patients

La médecine générale est communément appelée médecine de proximité.

En effet, médecine de 1^{er} recours, l'un des principaux critères de choix des patients pour la déclaration de leur médecin traitant est la proximité géographique (36).

Dans le parcours de soins, le médecin généraliste est aussi généralement le premier interlocuteur pour le patient, pouvant intervenir « quotidiennement », si nécessaire. Pourra alors se tisser, dans la durée, une relation singulière. On identifie naturellement le paramètre de proximité existant et reliant le patient à son médecin généraliste, point d'appui pour la dénomination de « médecine de proximité ».

Néanmoins, cette notion de proximité du point de vue des médecins peut être moins explicite et différemment vécue. Qu'en est-il réellement de ce paramètre pour ces derniers ?

Il est intéressant de pouvoir s'y pencher, d'autant plus que la littérature en fait peu mention.

Dans l'ouvrage « Une anthropologie de la proximité » consacré aux professionnels de santé en Algérie (37), pour l'auteur, la proximité correspond à la posture visant à approcher « au plus près » les conduites des acteurs et le sens qu'eux-mêmes leur confèrent.

Un article intéressant développe la notion de « *fonction soignante de proximité* » (38) et se penche entre autres sur les médecins généralistes, en s'interrogeant sur la manière dont ils investissent leur exercice, dans ce contexte singulier de proximité avec les patients.

2.2.3 Une profession en déséquilibre...

En écho au développement d'une identité professionnelle qui se base sur une image de « super-héros » (39), les soignants se plaignent peu. Ils font pourtant partie d'une des catégories professionnelles les plus touchées par le syndrome du burn-out ou syndrome d'épuisement professionnel. Selon l'OMS, il se définit par un sentiment de fatigue intense, de perte de contrôle et d'incapacité à aboutir des résultats concertés au travail.(40)

Ce syndrome comporte trois dimensions : l'épuisement professionnel, la déshumanisation de la relation à l'autre et la perte du sens de l'accomplissement de soi au travail.

Les chiffres sont parlants : en 2007, l'étude menée par le Docteur E. GALAM (39), 60.8% des médecins généralistes interrogés se déclaraient menacés par le burn-out. Les autres études réalisées confirment ce constat, et une étude nationale menée en 2010 auprès des internes en médecine générale a montré *un fort épuisement émotionnel chez 16% d'entre eux ; une forte dépersonnalisation chez 33,8% ; un faible accomplissement personnel chez 38,9%. Les scores sur ces trois critères atteignaient le niveau fort chez 7% de ces internes (39).*

Cette problématique n'est donc pas à négliger et représente un réel enjeu pour le soignant, dont les dimensions émotionnelles et relationnelles (risques pour la relation thérapeutique et le patient) sont aussi souvent oubliées. Les grandes lignes de la prévention du burn-out aujourd'hui, se rassemblent autour de :

- Trouver l'équilibre entre sa vie professionnelle et sa vie privée
- Garder un suivi médical
- Participer à des groupes Balint (réunions entre professionnels de santé pour échanger sur son vécu professionnel)

B. LA RELATION MEDECIN-PATIENT : **de la relation professionnelle à la relation humaine**

1. Un rapport professionnel codifié

1.1 Une profession avec ses règles

La relation médecin-patient est le fondement de l'exercice médical.

Elle se base notamment sur le consentement éclairé et la confiance du patient, ainsi que sur les qualités d'écoute et d'empathie du médecin.

Toute relation médicale et prise en charge thérapeutique, avec son versant relationnel, requiert la nécessité de se référer à une « loi », à un cadre, à des règles de fonctionnement souvent communes aux différents thérapeutes. Le code de déontologie médicale régit notamment l'exercice de la profession.

On parle de renvoi à un « tiers symbolique » extérieur pour chacun des deux protagonistes de la relation. En effet, il est important que toute relation thérapeutique soit cadrée et non fantasmée comme une relation de toute puissance l'un envers l'autre.

Ce cadre, pensé à l'avance représente un contenant pour la relation, il est important pour établir une éthique dans la façon de travailler et créer une dimension structurante. Il devient implicite au fil du temps de la relation thérapeutique mais peut être rappelé à tout moment, s'il y a des manquements (41)

1.2 La relation professionnelle asymétrique et son évolution : des codes tacites

Dans la relation thérapeutique professionnelle, c'est le patient qui prend l'initiative de la relation. Ce dernier rencontre le médecin avec une certaine demande vis à vis de sa maladie et justifiée par ses besoins ; le soignant diagnostique et fait des propositions quant à la maladie du

patient. Cette situation, où une personne en position de vulnérabilité vient faire appel à un professionnel « sachant-savoir » rend la relation asymétrique.

Cette asymétrie est mise en exergue par le modèle traditionnel paternaliste(42), où le médecin est décideur de la solution la mieux adaptée pour le patient, rendant ce dernier plus passif vis-à-vis de sa santé.

En réaction à ce modèle, s'est développé le modèle informatif, basé sur l'autonomie du patient, où il va prendre sa décision en fonction des différentes options et explications les plus adaptées données par le médecin.

En intermédiaire à ces deux modèles, existe le modèle de la décision partagée, où sont recherchées les préférences du patient pour le replacer au sein d'un processus décisionnel flexible et adapté. Il prend aussi appui sur la bienveillance du modèle paternaliste et sur l'information claire délivrée par le médecin dans le modèle du patient décideur.

L'information du patient reste une étape clef dans la prise en charge médicale ; l'empathie et la communication avec celui-ci et sa gestion, y prendront donc une place prépondérante.

2. La rencontre : le lien interhumain et thérapeutique

2.1 Définition et réflexions

Même si la relation médecin-patient, soignant-soigné peut sembler codifiée, il s'agit avant tout d'une relation humaine, échappant régulièrement aux normes. La relation est un « *Rapport qui lie des personnes entre elles – ce rapport peut impliquer – un lien de dépendance, d'interdépendance, une interaction avec un milieu* » (43).

En effet, dans le milieu médical, le malade établit un lien avec le monde qui l'entoure et plus spécifiquement avec le(s) médecin(s) ou professionnel(s) de santé qui sont amenés à le suivre.

La relation médecin-patient est singulière. Cette singularité est multiple : le patient unique (vécu, représentations...), rencontre un médecin unique dans des circonstances particulières.

On parle de rencontre humaine.

La communication est donc, sans contexte, centrale, dans l'établissement et le développement de cette relation. Elle y intervient sous deux formes : la communication verbale avec l'usage et le choix des mots sous forme d'expression orale, et la communication non-verbale, tout aussi voire plus importante car elle accompagne et dessine l'atmosphère de la consultation. Plus subtile, elle est à décoder et garder à l'esprit.

En psychosociologie, au sein de cette communication, intervient une notion importante, celle de la plus ou moins grande proximité physique. C'est le concept de proxémie, développé par E. HALL (en 1966) qui analyse la distance physique entre les interlocuteurs ainsi que leur façon d'occuper l'espace, selon le type d'interactions. (Annexe I)

2.2 Quelques approches dans la relation thérapeutique

2.2.1 Le face à face (et l'affect) en psychologie

« Il est impossible d'imaginer une relation humaine dépouillée de toute charge affective ». (44)

Voici les premiers mots du Professeur R. CHAPPUIS dans son livre sur la psychologie des relations humaines. Face à l'autre, le discours tout comme l'attitude sont engagés, dans un champ mêlant raison et affectivité.

2.2.2 Les approches psychanalytiques : Transferts/contre-transferts et mécanismes de défense

Transferts/Contre-transferts

Le grand principe du « transfert » tire son origine de la psychanalyse. Remarqué et théorisé par Freud, il expose un phénomène particulier se créant dans la relation entre analyste et analysé, soit « *un mouvement issu de l'afflux de sentiments* » et émotions, « *qui se dirige vers l'autre devenu objet.* » (45), prenant généralement sa source dans la relation aux parents (ou proches). On peut parler de projections. Il s'agit de reproduire inconsciemment ce lien mettant en jeu les différents affects (positifs ou négatifs) existant dans la relation infantile initiale, primitive. En effet, la plupart du temps le patient ne s'adresse pas directement au thérapeute mais à son « rôle ».

Ce concept propre au terrain psychanalytique désigne finalement un phénomène extrêmement fréquent dans toutes les relations humaines (1), y compris en médecine générale. Il s'avère donc extrêmement important pour le soignant d'en avoir conscience et d'être capable d'accueillir les différents ressentis, transferts et projections du soigné, sans se sentir personnellement touché ou atteint. Il pourra ainsi aider ce dernier, mener au mieux la relation thérapeutique et la prise en charge du patient de la manière la plus neutre/objective possible.

Avant la rencontre, le patient se forge inévitablement une image préalable, inconsciente du médecin. La reconnaissance par le patient d'un seul point commun avec cet imaginaire et le médecin sera immédiatement investi par ce transfert, soit, par les projections du patient (1) et pourrait alors devenir « le bon médecin qui va réussir à le mener jusqu'à la guérison ».

Attention toutefois, si le médecin ne prend pas conscience de ce qui se joue et de la construction de ce « lien magique » qui le narcissise, la relance de la demande risque d'être permanente. Cela pourrait représenter un bon moyen d'entretenir sa patientèle mais resterait peu pourvoyeur d'accomplissement professionnel.

Tout comme l'analysé (ou le soigné), l'analyste (ou le soignant) éprouve un ressenti (normalement conscient) en réaction aux sentiments inconscients ressentis par le soigné, à la personne, ses positionnements... C'est ce que l'on appelle le contre-transfert (explicité par Paula HEIMANN, psychiatre-psychanalyste(46)). L'analyste est clairement supposé en avoir une pratique, compréhension et utilisation maîtrisées(45) pour faciliter et aider à l'interprétation du travail d'analyse. Il est avant tout, histoire de rencontres humaines où se jouent/rejouent des projections inconscientes entre les deux protagonistes ; le thérapeute réagit aussi à travers son histoire personnelle, c'est une réaction inévitable, mais lui seul dans la relation thérapeutique est à-même et compétent pour gérer cet aspect et le faire évoluer.

Si en psychanalyse, ce phénomène est essentiel et représente un outil de travail central, il semble toutefois nécessaire pour le soignant, dans toutes relations humaines et thérapeutiques, comme en médecine générale, d'en avoir conscience. En effet, au sein de cette pratique également, le rôle usuel du praticien est d'accompagner son patient et de prendre soin de sa santé, à travers une relation tissée habituellement sur le long terme et dans un contexte de plus ou moins grande proximité avec celui-ci. Cette relation ne coupera pas à cet investissement du transfert.

Des mécanismes de défense aux stratégies de « Coping »

Il me semble ici pertinent de s'intéresser aux réactions variables, plus ou moins conscientes et plus ou moins rationnelles de l'Humain, générées en situation de stress (dans une relation ou en rapport à un évènement).

Émanant d'une approche psychanalytique (Anna FREUD), les mécanismes de défense décrivent plutôt des mouvements psychiques inconscients et défensifs ; quand les stratégies de « coping » (« to cope with » = faire face à), provenant plutôt de l'approche cognitive et comportementale, traduisent des stratégies conscientes (plus ou moins adaptées), permettant la réflexion, l'adaptation et l'ajustement personnel, face au danger.(47)

Ces deux concepts s'entremêlent plus qu'ils ne s'opposent et sont parfois difficiles à discerner, même avec une prise de recul consciente.

Voici quelques exemples de mécanismes de défense générés chez les soignants, face au patient(48) :

- Le mensonge
- La fausse réassurance
- L'identification projective
- La fuite en avant

Les situations médicales peuvent donc être le terreau de telles réactions, pour le patient, mais aussi pour le médecin. Malheureusement, la formation médicale initiale actuelle en France, à ce niveau est très pauvre voire inexistante sur ces points clefs relationnels.

Nous avons tous un inconscient, une histoire avec ses réussites, ses détours, ses individualités, il peut paraître alors intéressant d'effectuer un travail sur la connaissance de soi afin de limiter les projections désordonnées de nos modalités relationnelles ; toutefois, à l'heure actuelle, libre à chaque soignant d'aller interroger ou non ses profondeurs personnelles.

2.2.3 Le concept philosophique d'intersubjectivité

Le concept d'intersubjectivité a été développé par Emmanuel KANT : « *C'est l'idée que les hommes sont des sujets pensants capables de prendre en considération la pensée d'autrui dans leur jugement propre* » (49). À partir de ce point, se base une théorie de communication.

Plus récemment, il est repris par GOLSE B. (psychanalyste) : la relation (médecin-patient) « *émane d'une rencontre entre deux personnes, deux entités distinctes avec leur personnalité, leurs intentions et leurs désirs différents* » ; deux subjectivités (50), avec la notion de mouvement du « penser par soi-même » au « penser à la place de l'autre ».

Le concept d'altérité, quant à lui, utilisé dans plusieurs disciplines, renvoie à ce qui est « autre », extérieur à un « soi ». Elle « *s'impose à partir de l'expérience* » et elle est « *la condition de l'autre au regard de soi* ». (51)

C. SYNTHÈSE ET PROBLÉMATIQUE :

Le « juste positionnement » face au patient en médecine générale

1. La question du positionnement

1.1 Ses définitions

Au sens figuré, le fait de se positionner se définit notamment par « *se situer, se définir par rapport à quelqu'un, quelque chose* » (4).

Le positionnement est aussi : l'« *action de positionner ; fait d'être positionné* » (52), soit le fait d'être ou de prendre sa place.

L'expression du positionnement dynamique explicite : « *système permettant de maintenir en station un super-flottant à la verticale d'un point situé au fond de la mer...* ». Je retiens de cette définition une transposition qui me paraît intéressante ; la notion de nécessité d'un positionnement dynamique, soit actif, choisi, pour garder l'équilibre.

1.2 Positionnement et posture : enjeux professionnels

Je m'intéresse ici aux définitions et contours sociologiques de ces deux termes, qui paraissent pertinents à expliciter.

De nos jours, au niveau professionnel et dans le champ social, l'utilisation de ces termes fait débat, ils sont en effet souvent pris l'un pour l'autre.

L'utilisation du mot « posture » se développe, qualifiant régulièrement à tort, le métier ; exemple : la posture de médecin.

Dans ce champ, il vient en écho ou complément du mot « positionnement ».

Selon CHAMLA R., le positionnement professionnel est un « *processus de construction qui permet de se positionner mais aussi d'être positionné dans un environnement défini.* »(53), permettant de définir où nous sommes « par rapport à... » quelque chose, quelqu'un, un environnement ; un référentiel.

Or la posture est définie littéralement par « *une attitude particulière du corps... ou être, se trouver en bonne ou mauvaise posture* », soit « *se mettre en posture de... ou en posture favorable pour...* »,

Au niveau sociologique, C. JOUFFRAY parle précisément d'« *une manière d'habiter un positionnement* » (54) et, la manière dont est agi le positionnement dans l'interaction avec d'autres.

Pour le médecin, la posture se comprend donc ici comme une façon d'habiter personnellement ce positionnement, ce rôle et cette fonction médecin.

2. Positionnement et proximité : La problématique en médecine générale

2.1 Définitions et réflexions : pourquoi choisir de parler de proximité plutôt que de distance ?

Si l'on reprend les définitions de ces termes :

La distance est « *un intervalle, espace qui sépare deux ou plusieurs personnes* » (55).

La définition de la proximité possède deux composantes intéressantes. La première plutôt factuelle et objectivable se rapporte à l'espace : « *Situation d'une chose qui est à faible distance d'une autre chose ou de quelqu'un, de deux ou plusieurs choses qui se sont rapprochées.* » (56)

La deuxième, au sens figuré est plus abstraite et se définit notamment par ce qui est proche, c'est-à-dire « *caractère de rapprochement, d'affinité, entre les deux choses abstraites, deux entités.* » Cette deuxième proposition nous amène à la dimension relationnelle de la proximité, en rapport avec l'autre.

Dans le préambule de mon travail, j'ai volontairement parlé de proximité ou rapprochement en écho à la notion de distance dans la relation médecin-patient et plus précisément, la notion de distance professionnelle.

En effet, durant les études, est régulièrement transmise aux étudiants, la notion de distance professionnelle ou de « juste distance », rimant généralement avec « professionnalisme ». En effet, elle désigne pour le soignant une distance relationnelle avec le patient, permettant de limiter le trop grand développement d'affects à son égard et de garder son objectivité, en vue de rester thérapeutique. Mais qu'en est-il réellement de sa gestion, de son ressenti ?

De plus, comme explicité ci-dessus, le contexte de médecine générale, dans mon ressenti, dans la définition pour le patient, mais aussi des missions du médecin généraliste, semble davantage s'inscrire dans un contexte de proximité.

Les relations développées sur le long terme permettent aussi le développement de liens particuliers entre les personnes et comme je l'ai observé certains médecins peuvent s'avérer très proches de leurs patients.

Ainsi, j'ai choisi de m'intéresser et de parler de proximité plutôt que de distance pour initier le travail.

2.2 *En chemin vers la problématique...*

▫ Il est essentiel d'énoncer que la notion de positionnement, pour prendre sens, se définit dans un contexte particulier. Ici, est étudié celui de la médecine générale et de tous ses paramètres à considérer pour pouvoir développer une approche cohérente du positionnement du médecin. En effet, l'analyse d'un positionnement sans contextualisation n'a pas de sens.

En médecine générale le panorama est large et multifactoriel. Et il s'agit de voir la façon dont le médecin, pour se positionner face au patient, entre aussi en relation avec l'environnement, le(s) système(s) de référence auxquels il fait face. Il est donc important d'expliciter et comprendre ces différents référentiels rencontrés par le médecin, et leurs différentes problématiques.

Communément, en écho à la définition du positionnement professionnel donnée par C. DE ROBERTIS à l'égard du travailleur social, le positionnement du médecin peut être énoncé comme *«la manière dont il se situe en tension à l'intérieur des pôles constitutifs de son intervention »* (57), soit les différents référentiels rencontrés, appliqués à la médecine générale :

- L'évolution sociétale, le contexte socio-économique
- L'essence de son métier et de sa fonction, ses missions (déontologie...)
- La relation au patient
- Les valeurs, la déontologie

Il est intéressant de pouvoir tenter d'expliciter ces différents référentiels et mettre en relief la manière dont ils peuvent constituer de réelles problématiques ou au contraire de vrais supports/soutiens dans cette démarche de positionnement.

▫ On sait que, via les différentes études sur le sujet, soigner ses proches est problématique et complexe pour le médecin.

En effet, basée sur le lien psycho-affectif, cette relation peut bouleverser le raisonnement médical et entraîner la survenue d'évènements indésirables liés aux soins (58).

La première hypothèse est donc que le positionnement du médecin généraliste, évoluant dans une certaine proximité avec son patient, peut paraître problématique et complexe.

Suite aux précédentes réflexions et à mes observations sur le terrain en médecine générale, j'ai pu discerner les différences de comportements, en termes de positionnements face aux patients selon les différents médecins généralistes, ayant pourtant tous reçu le même programme d'enseignements. Il ne semble donc pas aisé de trouver ce juste positionnement.

Alors, que se joue-t-il finalement au sein de ces différences de positionnements des médecins généralistes ? Quels en sont les différents paramètres ?

Comment font ces différents médecins pour trouver et réaliser un juste positionnement face au patient dans le contexte particulier de la médecine générale ?

Comment dessiner sa place et trouver le juste équilibre face au patient ?

Et finalement, comment trouver la/(sa) juste proximité face au patient ?

Les sous-questions à étayer pourraient être :

- Cette proximité avec le patient, qu'en est-il pour le médecin : de quelle(s) nature(s) et de quel(s) ordre(s) ? Comment est-elle perçue ? Quelles conséquences : bénéfiques ou risques pour la relation thérapeutique ?
 - Comment les médecins généralistes vivent-ils et gèrent-ils ces conditions relationnelles singulières et problématiques de positionnement face au patient ? (Conséquences émotionnelles, thérapeutiques, autres ? ...)
 - Quelles approches ou stratégies les médecins développent-ils pour maintenir la relation ? Quels paramètres d'ajustement ?
- En quoi une proximité bien inspectée peut-elle être thérapeutique ?

L'objectif de cette étude est donc de tenter de conceptualiser la gestion du positionnement du médecin généraliste face à son patient, à travers l'étude de ce contexte de proximité en médecine générale, ainsi que des réactions et comportements des médecins.

Les attendus sont :

- Une meilleure connaissance des représentations et vécus des médecins généralistes à propos de la proximité avec leurs patients.

- Le vécu et la gestion de ce contexte en médecine générale : une meilleure conscience de cette dimension singulière et de ses conséquences (biomédicales et comportementales) sur la relation de soins et pour le médecin généraliste ; ainsi que la réalisation et gestion du positionnement. (Tenter d'identifier/définir un processus de positionnement)

Je retiens pour ce travail la notion de positionnement professionnel face au patient, car c'est bien le médecin, dans sa fonction professionnelle, qui va tenter d'établir le plus juste positionnement face à ce dernier.

Les notions d'un positionnement actif, choisi (et non subi) ; soit éclairé, au sein d'une démarche consciente, initiée pour maintenir un certain équilibre face au patient, me paraissent aussi pertinentes à retenir, pour tenter de définir ce juste positionnement.

Étant un facteur-clef de la relation et de sa bonne gestion, son questionnement, sa réflexion, pourraient représenter à terme des dimensions favorables à une meilleure prévention du burn-out des médecins généralistes. Il y a donc un intérêt réel à comprendre comment les médecins appréhendent cette problématique, et élaborent leur positionnement face au patient.

-DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE-

A. OBJECTIFS

L'objectif principal de ce travail est d'étudier les représentations, ressentis et vécus des médecins généralistes vis-à-vis de la proximité avec leurs patients et de comprendre comment ils élaborent et gèrent alors leur positionnement dans le temps, face à ces derniers.

En effet, à travers le ressenti et l'expérience de ces derniers, il s'agit alors de tenter d'identifier les facteurs déterminants à ce positionnement relationnel et d'en analyser les conduites.

Ce travail est complété par des sous-questions tentant de faire émerger les conditions particulières d'exercice en médecine générale, les bénéfices et/ou revers de cette dimension relationnelle particulière de « proximité », pour les médecins et la relation thérapeutique ; ainsi que les attitudes ou approches adoptées au fil du temps pour gérer les difficultés de positionnement face aux patients.

B. TYPE D'ÉTUDE

1. Choix de la méthode : la recherche qualitative

Pour mener ce travail de recherche, il m'a paru plus pertinent de me tourner vers le choix d'une étude qualitative, méthode initialement issue des Sciences Humaines et Sociales.

Ce procédé inductif et non hypothético-déductif, ne visant ni à mesurer, ni à quantifier (59), s'intéresse à comprendre via le sens et l'observation, un phénomène social en milieu naturel.

Il met en relief des données difficilement quantifiables (60), qui pourront ainsi permettre une démarche interprétative (59).

L'enquêteur va alors chercher à s'intéresser aux facteurs et mécanismes sous-jacents conditionnant tout ou partie de comportements d'un acteur social mis au contact d'une réalité ; ainsi qu'à la signification et à l'interprétation qu'il en fait lui-même (33) (61).

Le but recherché n'est pas la représentativité mais la diversité des mécanismes ; raison pour laquelle la recherche qualitative m'a parue plus adaptée pour tenter d'appréhender, au sein de leur environnement et, dans le temps, les différentes expériences des médecins vis-à-vis de leur positionnement face aux patients et, recueillir leur ressenti subjectif (représentations, émotions, ressentis.)

Au cours de cette démarche exploratoire et interprétative, via le « *Comment ?* », est cerné le phénomène ; et via le « *Pourquoi ?* » la compréhension des différents déterminants ; pour au final espérer amener certains concepts (utilité pour explorer et expliquer les décalages entre référentiels, représentations et pratiques réelles) et peut-être faire émerger quelques pistes d'amélioration et/ou de réflexion pour les protagonistes de cette étude.

2. Mode de recueil des données : les entretiens individuels semi-dirigés

La recherche qualitative rassemble plusieurs types de collectes de données : les méthodes d'observations, l'analyse de documents et les entretiens, collectifs (focus group) ou individuels.

Dans ce cas et pour différentes raisons que je vais exposer, l'entretien individuel et semi-dirigé (ou semi-structuré) a été choisi.

2.1 Choix de l'entretien individuel

Pour recueillir les données de cette étude, j'ai choisi la méthode de l'entretien individuel plutôt que celle du Focus group. En effet, le sujet et les thématiques en question pour cette recherche (telles que le versant relationnel en Médecine Générale et la proximité avec les patients), me semblaient plus délicats à aborder et à exposer en groupe, face à d'autres confrères. Il paraissait primordial que l'avis de chaque interviewé puisse être exprimé aisément, librement, et spontanément ; permettant alors la production d'un discours et d'opinions plus authentiques et, d'aborder certaines problématiques plus en profondeur.

De plus, la réalisation d'entretiens individuels présente l'avantage d'être plus facile à organiser et à envisager pour les enquêtés car c'est le chercheur qui se déplace et s'adapte aux disponibilités de ces derniers.

Les données ont donc été issues d'interviews enregistrées (après consentement) en face à face, entre l'enquêteur et les différents enquêtés, consentant ainsi un échange plus souple et personnalisé.

2.2 Entretiens individuels semi-dirigés et guide d'entretien

Pour étudier ce terrain et la question principale du « juste positionnement » du médecin généraliste face au patient, c'est donc la méthode de l'entretien individuel semi-dirigé qui a été retenue.

Son objectif est double : la nécessité d'une souplesse dans le dialogue avec les enquêtés, leur permettant de s'exprimer le plus librement possible (cité précédemment), ainsi que le contrôle de la direction donnée à l'entretien par l'enquêteur, pour rester au maximum focalisé sur le sujet étudié(61).

Ce procédé implique alors la création d'un document formalisé, le guide d'entretien, représentant une trame souple des questionnements principaux en lien avec la problématique, à aborder durant l'interview. Il est structuré en thèmes et sous-thèmes, sous forme de questions pour lesquelles des relances sont prévues pour affiner si besoin (61). Il structure l'interview sans diriger le discours.

Le Guide d'entretien (Annexe IV)

Le guide d'entretien a été créé suite aux différentes lectures de la littérature sur le sujet en amont et, à mes différentes expériences et réflexions découlant de la problématique. Il regroupe à la fois, des questions sur la description d'expériences concrètes et pratiques propres à chacun des interlocuteurs mais aussi, sur leurs représentations et opinions, les poussant à exprimer leurs perceptions, convictions personnelles...

Les thématiques balayées par le guide d'entretien ont donc été choisies et abordées, en se basant sur les expériences et réflexions de l'enquêtrice et du directeur de thèse, notamment en termes de représentations pouvant être engendrées par la proximité dans la relation de soins, mais aussi grâce à la lecture de différents travaux ou ouvrages (41)(24) inspirants pour la thématique ; ont aussi pu évoluer.

La nature flexible du guide d'entretien en recherche qualitative, dont l'ordre et la formulation peuvent être modifiés selon la tendance et l'orientation de chaque entretien, laisse aussi l'opportunité de pouvoir le faire évoluer au fil de l'étude et des pistes de réflexion. La trame initiale du 1^{er} entretien s'avère donc légèrement différente des suivantes (les deux premiers entretiens, les réflexions et discussions en découlant ayant eu une fonction « pilote »).

On retrouve en Annexe IV la version finale de ce guide

Sont préférées les questions type « *Comment ? De quelle manière ? En quoi ?* » pour saisir le processus d'élaboration et de structuration d'une pratique personnelle et les questions

débutant par « *Selon vous... ? D'après vous ... ?* » pour récolter les représentations et opinions personnelles et éviter les discours trop généraux et consensuels (61).

En début de guide, une petite introduction présente l'étude à l'enquêté(e) ainsi que l'engagement d'anonymisation suivie d'un petit échange en vue de préciser le profil de la personne interrogée.

C. DÉFINITION DE LA POPULATION ÉTUDIÉE :

Les médecins généralistes libéraux

La définition de la population est contenue dans l'objet de l'étude, ce sont les médecins généralistes libéraux.

Au-delà de l'intérêt probant que je porte à la médecine générale et de l'éclairage que peut apporter l'étude du sujet, il m'a paru pertinent de pouvoir m'intéresser aux vécus et pratiques de ces derniers face à leurs patients, dans leur exercice quotidien libéral, sachant qu'ils ont reçu une formation majoritairement hospitalière et ont été peu préparés au versant relationnel de l'exercice, pourtant central. De plus, l'étude de cette population représente à elle seule un pas vers la compréhension de la fragilité des relations humaines mais aussi des diverses facettes du soin au sein de nos sociétés (62).

Pour des raisons de commodité, les médecins généralistes ont été recrutés dans la région Alsace, dans les départements du Bas-Rhin et Haut-Rhin.

Les critères de sélection sont :

- Le genre, avec une tentative d'objectif de parité
- L'âge avec un éventail le plus diversifié possible
- L'installation en milieu libéral, la durée et le mode d'exercice (seul(e), en collaboration ou en association)

- La zone d'exercice : urbaine, semi-rurale ou rurale

Les critères d'exclusion sont :

- Les médecins ayant déjà été remplacés par l'enquêtrice
- Les médecins associés, collaborateurs ou remplaçants d'un médecin déjà interrogé.

D. DÉVELOPPEMENT DE L'ÉTUDE

Comme tout travail de recherche, l'évolution de l'étude qualitative s'inscrit au sein de plusieurs étapes.

1. Problématisation et population

Dans un premier temps, une revue de la littérature a été effectuée pour mieux cerner le sujet et l'état des connaissances actuelles. Mais, initialement, ce sont aussi mes idées, aprioris et représentations qui m'ont guidée pour initier ce travail et répondre à ma problématique.

C'est à partir de ces références, et au fil du temps et de mon analyse, que la question de recherche a pu être précisée, clarifiée et problématisée. Des sous-questionnements destinés à préciser le travail ont été ajoutés.

Dans l'étape suivante, a été envisagée la définition de la population : les médecins généralistes libéraux.

En effet, aller à la rencontre des médecins de première ligne, de contact et de suivi global, m'a semblé évident pour aborder un questionnement sur la proximité relationnelle et humaine au sein de la relation de soins. Il m'a alors paru justifié de m'intéresser au cheminement des médecins

généralistes pour trouver leur équilibre dans le temps, face à ces longues et proches relations ; et à la manière dont ils réussissent à trouver leur place dans ce complexe duo Médecin-Patient.

2. Préparation des entretiens et collecte des données

Ensuite, est venu le temps d'établir le protocole de recueil des données via la création d'un guide d'entretien (les différentes étapes de réalisation ayant été explicitées ci-dessus), et de procéder au lancement de l'enquête.

2.1 Modalités de recrutement et constitution de l'effectif

Après la validation d'une première trame d'entretien, les médecins ont été recrutés de manière prospective, et la totalité des entretiens réalisée entre mars et août 2016.

Le recrutement s'est fait par téléphone et /ou par mail, le plus souvent sur orientation ou conseils de médecins interrogés ou de praticiens de mon environnement professionnel, connaissant des confrères susceptibles d'être intéressés par le sujet ou ayant une démarche semblant différente des premiers interrogés (phénomène « boule de neige »).

Un premier contact téléphonique a quasi-systématiquement eu lieu pour présenter l'enquêtrice (Nom-Prénom, statut d'étudiante en médecine et médecin généraliste remplaçante), pour expliquer la démarche ainsi que la thématique du travail de recherche sur la relation Médecin-Patient, et, confirmer l'intérêt éventuel de l'interlocuteur.

Il a ensuite été proposé et envoyé à chacun un mail pour expliquer plus précisément la thématique (sans donner trop de détails) et les modalités de réalisation spatio-temporelle de l'entretien (cf. ANNEXE V).

L'effectif de médecins interrogés n'est pas défini à l'avance et a été déterminé en cours de travail, le recueil prenant fin au point de saturation des données (constatée par l'analyse réalisée en parallèle, ne fournissant alors plus d'éléments importants nouveaux, à la recherche).

Au total, douze entretiens ont été menés sur dix-sept médecins contactés. Trois paraissant pourtant intéressés au moment de l'entretien téléphonique n'ont finalement pas donné suite malgré plusieurs relances ; le manque de temps semblant parfois être invoqué.

L'échantillonnage pour le recrutement a été conduit de manière à réaliser la plus grande diversité de réponses sur les thèmes abordés. Le profil des personnes interrogées peut être retrouvé dans le **Tableau I (Caractéristiques sociologiques des interviewé(e)s & caractéristiques des entretiens)**, en début de partie *RÉSULTATS*.

2.2 Déroulement des entretiens

L'intégralité des entretiens a été menée par moi-même, enquêtrice et auteure de cette thèse, médecin généraliste remplaçante mais sans expérience antérieure en recherche qualitative.

Tous les entretiens ont eu lieu en journée, dans un délai de 1 à 3 semaines après sollicitation ; pour la plupart au cabinet médical des médecins interrogés, parfois dans un endroit neutre choisi par l'interviewé(e) ou à la faculté de médecine, selon les disponibilités et la facilité d'organisation pour chacun.

Les entretiens se sont toujours organisés autour d'une rencontre réelle, uniquement entre l'enquêté et l'enquêtrice.

Après rappel du sujet de recherche, de l'engagement d'anonymisation, et de l'accord de chacun des participants, les entretiens ont été doublement enregistrés via le logiciel d'enregistrement vocal SMART RECORDER (sur Tablette SAMSUNG Tab2® et smartphone Android SONY Xperia Z5®), pour éviter les défauts d'enregistrement et limiter au maximum la perte de données.

La durée moyenne des entretiens est de 39 minutes, dont le plus court de 22 minutes et le plus long de 60 minutes ; les différents participants ont témoigné d'un vif intérêt pour le sujet.

Le guide a été suivi pour chaque entretien mais l'ordre souvent modulé, selon les thèmes ou sous-thèmes parfois abordés spontanément par les médecins.

Parallèlement au recueil de données audios, quelques observations ont été notées, concernant plutôt la communication non-verbale durant l'entretien (L'attitude, les mouvements, le regard, le ton de la voix, les silences ...).

À la fin de l'entretien, il a aussi été proposé à chaque interviewé, l'envoi de la transcription des données recueillies (ce qui n'a été souhaité par aucun).

3. Mode d'analyse des données

3.1 Préparation des données : la transcription

À partir des enregistrements, un temps important est mobilisé après chaque entretien pour leur transcription écrite intégrale, sans reformulation ni correction des éventuelles erreurs grammaticales ou de prononciation, pour rester le plus fidèle possible au discours produit.

On y retrouve aussi les annotations que j'ai réalisées durant l'entretien (au fil du discours ou à la fin).

Les entretiens ont été dactylographiés grâce au logiciel traitement de texte Word et sont entièrement inclus en ANNEXE VI.

3.2 Analyse des entretiens et outils d'analyse

L'analyse des entretiens constitue l'étape-clef pour la production de sens, réponse aux différents questionnements abordés par le travail de recherche.

Elle est d'ailleurs parallèle à l'avancée de l'étude : une première analyse est réalisée dès la transcription de l'entretien et sa relecture, sans aprioris, permettant d'en faire émerger le sens général, les premières idées et de faire évoluer le guide d'entretien au fur et à mesure. C'est une première analyse verticale.

Ensuite, à l'aide du logiciel d'analyse N Vivo 11, une analyse de contenu est réalisée, sous forme de « codages » et enrichie au fur et à mesure de la lecture de chaque nouvel entretien. Dans le MANUEL D'ANALYSE QUALITATIVE de C. LEJEUNE(63), on parle d'« *étiquette qui caractérise un vécu et amorce une conceptualisation* ». Toujours centrée sur la question de recherche, il est impératif de se demander à chaque lecture et au fil de l'analyse : « *Quel sens a voulu donner l'interviewé ?* ».

Ces codages sont regroupés en thèmes principaux et sous-thèmes, reliés entre eux, à travers les différents entretiens : on parle d'analyse horizontale ou de codage axial (63), l'objectif final étant de pouvoir en faire émerger des concepts. Le Verbatim est organisé dans la partie ANALYSE DE CONTENU présentant les résultats.

-RÉSULTATS-

A. CARACTÉRISTIQUES DES DONNÉES RECUEILLIES

<i>Médecins</i>	Âge/Genre	-Zone -Mode d'exercice	Durée d'installation (Années)	Lieu de vie/ Lieu d'exercice	Vie de famille	Activités Loisirs	Commentaires
MG1 [22 ']	67/H	Semi-rurale Seul	40	Cabinet médical mitoyen	+	+++	Fin de journée de consultations Cabinet de l'enquête
MG2 [60 ']	64/H	Urbaine Association	33	Vit à 700 mètres du cabinet	+	+++	Fin de journée de consultations Cabinet de l'enquête
MG3 [30 ']	54/H	Semi-rurale Association	25	Même village	+	+++	Milieu de journée réunion Salle faculté de médecine
MG4 [34 ']	64/F	Urbaine Association	30	Assez proche/même secteur	-	++	Milieu de journée de consultations Cabinet de l'enquête
MG5 [38 ']	37/F	Urbaine Collaboration	2	Assez proche/même secteur	+	+	Journée de vacances Domicile de l'enquête
MG6 [40 ']	39/F	Rurale Association	8	Eloigné (Choix)	+	+++	Milieu de journée de consultations Cabinet de l'enquête
MG7 [25 ']	38/F	Semi-rurale Seule	3	Eloigné	+	- (Manque de temps)	En arrêt maladie Domicile de l'enquête
MG8 [32 ']	33/F	Semi-rurale Collaboration	3,5	Eloigné (Choix)	+	++	Journée de réunion Salle faculté de médecine
MG9 [54 ']	65/H	Semi-rurale Seul	36	Même village	+	- (Manque de temps)	Jour de repos Cabinet de l'enquête
MG10 [49 ']	54/F	Semi-rurale Association	20	Même village (Choix)	+/-	+++	Jour de repos Endroit neutre choisi par l'enquête
MG11 [42 ']	44/F	Rurale Association	14	Même secteur	+	+	Milieu de journée de consultations Cabinet de l'enquête
MG12 [45 ']	34/H	Urbaine Seul	2,5	Eloigné (+/- par choix)	+	+/- (Manque de temps)	Milieu de journée de consultations Cabinet de l'enquête

Tableau 1: Caractéristiques sociologiques des interviewé(e)s & caractéristiques des entretiens

B. ANALYSE DE CONTENU

Les discours des interviewés sont riches, et, il n'est pas rare de constater que plusieurs mêmes passages cités/matériaux puissent véhiculer différentes idées clefs pour l'argument.

Suite aux différents entretiens menés, voici le développement de la présentation des résultats que je propose.

1. Aperçu et modalités d'une relation médecin-patient centrale en médecine générale

De manière globale, les médecins généralistes interrogés abordent la relation médecin-patient comme l'essence de leur métier. En voici les différents aspects et représentations.

1.1 Des valeurs et principes fondamentaux pour régir la relation

1.1.1 La réciprocité du respect et de la confiance

- « ... je vais dire sur la confiance essentiellement, que ce soit le patient envers moi et moi envers le patient, c'est réciproque. Voilà, ça je pense que c'est un des trucs, enfin un des principes fondamentaux pour avoir une bonne relation au départ. » [MG 7]
- « Une relation médecin-patient qui est basée sur la confiance réciproque, autant le patient en son médecin et le médecin en son patient ; sur le respect, respect mutuel aussi » [MG 8]
- « Sur la confiance et le respect réciproque, pour moi c'est la chose la plus importante » [MG 10]
- « [...] la confiance et le respect. Ça c'est les bases de la relation je crois. » [MG 12]

1.1.2 Le secret médical : pilier à la fois central et complexe

- « *Il y a le secret médical. Le secret médical, ça me semble absolument fondamental, dans la relation avec les gens et moi ça m'arrive quand même assez souvent quand je vois les gens qui hésitent, je leur dis « attendez, moi je suis tenu par le secret médical, et ce que vous me dites là, il n'est pas question que ça sorte. »* [MG 2]

(Lors du suivi de membres d'une même famille)

- « *C'est encore plus important quand on est le médecin traitant d'un couple et qu'il y a un problème, enfin que l'un des membres du couple vous dit des choses sur l'autre. »* [MG 2]
- « *...ça peut compliquer la relation parce qu'il faut pas se mélanger les pinceaux et il faut rester dans le cadre du secret médical, mais ça c'est aussi riche. [...] Ça complique dans certains choix, ou avec les proches aussi, une fois c'était super difficile parce que l'épouse comprenait pas du tout ce qui se passait. »* [MG 11]

1.1.3 Un dessein d'égalité dans la relation

- « *...d'une façon générale c'est une relation, je coiffe pas le patient, on est à égalité, on partage »* [MG 1]
- « *Et moi je dis que les gens que j'ai en face de moi, mais ça c'est aussi un peu une philosophie de vie, c'est des individus entiers et complets et euh, il n'y a aucune raison que je me sente plus, mieux, enfin je sais pas comment il faut dire, enfin que je me sente supérieur à eux sur le plan cognitif, intellectuel, psychologique »* [MG 2]
- « *Si on est juste « The Doctor » sur son piédestal, je pense que ça va pas. »* [MG 5]

1.1.4 Sur une base d'échanges et de partages

- « *C'est ça qui est charmant d'ailleurs, c'est cette énorme variété d'échanges.[...] Il ne faut pas que l'un dialogue plus que l'autre, il faut vraiment qu'il y ait un partage. »* [MG 1]
- « *La relation médecin-patient c'est toujours quelque chose qui est basé sur un échange. »* [MG 8]
- « *C'est l'échange qui prime finalement. »* [MG 12]

1.2 Perception des compétences relationnelles essentielles du médecin généraliste

1.2.1 Un médecin de famille au sein d'une discipline globale, de suivi et d'accompagnement

- « ...d'une part la partie pathologie pour laquelle il y a souvent le motif principal et il y a des motifs souvent annexes, très nombreux souvent. » [MG1]
- « ... avec certains dont je suis toute la famille. » [MG 5]
- « ...au bout d'un moment, le fait de la connaître, le fait de connaître la famille, tu sais à peu près ce qu'elle souhaite. » [MG 7]
- « Je m'intéresse un peu plus largement à la famille. » [MG 9]
- « Nous, [...], c'est quand même le médecin de famille. [...] De toute façon, moi je m'attache toujours quel que soit le patient à bien connaître leur environnement, à bien connaître leur mode de vie, à ce qu'ils aiment ; ça m'intéresse. [...] On soigne les gens mais on les accompagne dans leur vie aussi. » [MG 11]

1.2.2 Une intention bienveillante et positive pour la relation de soins

- « [...] la bienveillance décrit de façon assez précise et assez juste, ce que doit être la relation d'un médecin par rapport à un patient qui vient ici. [...] Je me suis trouvé le mot bienveillance pour essayer d'expliquer en un seul mot comment je voudrais fonctionner avec les gens qui viennent ici.
[...] c'est pas bienfaisance, c'est pas faire du bien pour la personne. [...] Alors attention, veiller c'est pas faire. [...] quand on veille à faire du bien, on vérifie que la proposition qu'on fait, va faire du bien, donc qu'elle est acceptable et qu'elle va faire progresser les gens dans le sens positif. » [MG 2]
[...] Et finalement, c'est un mot qui est assez subtil, si on le retourne et on le démonte. Entre la bienveillance et la bienfaisance, de mon point de vue c'est pas du tout la même chose. » [MG 2]
- « ...c'est soigner avec bienveillance » [MG 7]

1.2.3 Être empathique : une qualité primordiale

- « *On est jamais insensible à des gros problèmes qui peuvent mener à une issue qui n'est pas heureuse pour les patients, ça c'est clair.* » [MG 1]
- « *Alors je pense que la relation médecin-patient, c'est une relation qui doit être basée sur l'empathie, ça c'est clair, de la part du médecin. Il faut avoir de l'empathie pour soigner les gens parce que sinon euh, si on se met pas à leur place on a du mal quand même à imaginer les conséquences de ce qu'ils ressentent. Il faut de l'empathie* » [MG 6]
- « *... de l'empathie, vous pouvez pas non plus... des fois, ça aide aussi, à des moments quand on a un diagnostic terrible à annoncer vous pouvez pas rester de glace. Moi, je pense que c'est pas possible.* » [MG 11]
- « *Faut être empathique* » [MG 12]

1.2.4 Un devoir de communication et de pédagogie avec le patient

- « *Donc la communication est fondamentale.* » [MG 1]
- « *Un médecin qui communique pas, c'est pas...il est pas, il est pas thérapeutique...C'est ce qu'on entend souvent, par exemple, on a certains spécialistes qui consultent ici qui sont des bons spécialistes mais les gens les ont en horreur parce que c'est des... les spécialistes qui communiquent pas (se met à parler plus vite), ils disent rien, ils sont secs, ils répondent pas aux questions. [...] Je pense avoir le goût de la pédagogie, donc euh je sais que pendant mes consultations, j'explique beaucoup. [...] On est thérapeutique, si on communique bien, si on communique pas bien, on est pas thérapeutique même si on est bon technicien, 1ère chose.* » [MG 2]
- « *...communication, ça c'est important...* » [MG 9]

1.2.5 Un rôle de confident, voire de « confesseur des temps modernes » [MG 2]

- « *... qu'on en arrive à des gens qui vous confi-, enfin qui vous font des confidences, sur leur vie privée etc, sur leurs difficultés personnelles avec les parents, les enfants donc ils vont souvent très très loin dans la confiance. [...] ... je crois qu'on peut dire que c'est peut-être, c'est l'intérêt du confesseur et il paraît que*

nous, médecins sommes devenus les confesseurs des temps modernes, c'est-à-dire qu'ils peuvent s'exprimer ici dans une espèce de terrain qui est neutre, où ils ne prennent pas de risques » [MG 2]

- *« Et puis c'est clair que dans la relation, vous avez aussi des gens qui en dehors de leur pathologie qui vous confient quand même énormément de choses intimes de leur vie, de leur spiritualité, qui n'ont rien à voir avec l'examen clinique et la pathologie. [...] Je dirais que les relations, elles vont plus loin [...], ils savent plus trop à qui se confier ; avant c'était sûrement le curé qui recevait des confessions des trucs comme ça. [...] ben s'ils viennent pas me raconter leur problème, leur histoire, je sais pas trop à qui ils les racontent. Je pense qu'il y a certains patients qui viennent sous le prétexte d'un petit bobo, [...]et finalement on voit bien que c'est un temps de confiance... » [MG 11]*

1.2.6 Un repère et soutien pour les patients

- *Parfois, certaines personnes qui ont besoin d'un fort soutien et on sent qu'ils ont besoin d'être un petit peu porté... » [MG 1]*
- *« Le patient à l'hôpital c'est le poisson rouge sorti de son bocal...Il est là en train de se débattre et puis surtout il faut qu'il dise rien, qu'il subisse tout ce qu'on va lui proposer alors que ici en médecine générale, le patient, le poisson, il est dans son bocal. [...] Et c'est ça, la place spéciale du médecin généraliste en médecine générale. » [MG 2]*
- *« C'est justement des fois ce qu'on entend un petit peu, de par le ressenti des patients, qui trouvent que certains médecins hospitaliers, leur balancent une info brute de décoffrage, avec souvent des sanctions assez terribles ; et souvent les gens n'ont pas derrière de soutien. Nous, on ne peut pas fonctionner comme ça en tant que généraliste » [MG 11]*

1.2.7 Derrière le médecin, un Humain avec ses ressentis

- *« Je trouve qu'en médecine générale, enfin je me rends compte que, ils ont besoin de voir qu'ils ont un humain en face qui peut aussi être malade, qui peut aussi être triste, qui peut aussi être fatigué, qui a aussi des soucis de famille ou des soucis personnels. » [MG 5]*

- « ... réfléchir en tant que médecin simplement, et rester logique dans sa réflexion, sans mettre de l'affect, ça me paraît compliqué. » [MG 10]
- « Des fois de dire aussi aux gens, enfin une fois quelqu'un m'a dit « vous ne savez pas ce que c'est, vous n'avez pas eu », l'air de dire moi je souffre et pas vous, et je le lui ai dit « mais vous ne savez pas ce qui m'arrive, je ne vous raconte pas », « ah oui c'est vrai », donc c'est vrai que ça peut des fois aider de dire moi aussi je connais ce genre de situations, pas à raconter votre vie, mais que vous avez aussi traversé certaines choses, ça humanise. » [MG 11]

1.3 Une rencontre humaine

1.3.1 Un lien Humain avant tout

- « On est là dans la relation d'aide, dans la relation humaine, dans la relation enfin... » [MG 2]
- « C'est vraiment une relation humaine... » [MG 5]
- « On voit aussi qu'il y a un lien qui se crée autrement, les gens viennent aussi chercher de la chaleur humaine simplement parce que certains ne savent plus où en trouver. » [MG 11]

1.3.2 Un relationnel qui singularise la prise en charge médicale

- « Vous me direz une angine blanche va se traiter de la même façon par tous les médecins mais certains préféreront aller se la faire prescrire chez tel autre parce qu'il y a en plus quelque chose qui passe. » [MG 1]

1.4 Relation interindividuelle et particulière

1.4.1 Le patient, aussi acteur de la relation

- « Les limites sont aussi données par le patient. Il n'y a pas que le médecin qui cadre. » [MG 4]

1.4.2 Deux individualités à accorder

- « *Moi je pense qu'une consultation ça consiste aussi à trouver un terrain d'entente, c'est-à-dire qu'il faut que les gens aient à peu près compris ce que je pense de mon point de vue de médecin de leur état de santé et qu'ils soient si possible d'accord avec les propositions que je leur fais. [...] au bout d'un certain temps, on trouve le terrain d'entente qui puisse convenir au patient et qui puisse me convenir à moi en tant que technicien de la médecine.* » [MG 2]
- « *... après la relation euh, moi je pense que la relation là où c'est compliqué c'est que y'a quelqu'un en face de soi qui a une manière de penser, un mode de vie, une représentation de voilà et nous on a aussi un mode de pensée, des représentations [...] moi ce qui m'importe c'est la rencontre, Balint parlait de rencontre, si y'a pas de rencontre et ben il peut rien se passer.* » [MG 4]

1.4.3 La singularité de chaque relation

- « *Après la relation n'est jamais unique, elle est variante d'une personne à l'autre donc on peut pas donner de ligne de conduite précise.* » [MG 1]
- « *Et puis je pense, ce n'est pas la même relation, selon les patients.* » [MG 9]
- « *Ben c'est difficile parce que je pense pas qu'on puisse être général sur cette question parce que je crois que c'est vraiment du cas par cas, c'est vraiment en fonction de la relation entre les deux, de la pathologie, de la projection qu'il y a ou pas, de quelle façon ça influence...* » [MG 12]

1.5 Le cœur du métier

1.5.1 Les médecins ont aussi besoin de leurs patients

- « *...en tant que médecins, on a besoin autant de nos patients qu'eux ont besoin de nous presque.* » [MG1]

1.5.2 Donne sens et cohérence à la profession

- « *La relation médecin-patient, c'est ce qui fait la richesse du métier de médecin et en particulier de généraliste. [...] c'est aussi un peu pour ça que j'ai choisi la médecine générale parce que j'aime bien le*

lien concret, relationnel, pas forcément pour se faire des amis, mais je dirais que c'est ça qui enrichit le travail, en dehors du côté purement scientifique.[...] c'est ça qui est beau et c'est vrai qu'on a pas envie d'arrêter à cause de ça [...] la retraite fait peur. » [MG 1]

- *« C'est un mode relationnel qui s'est construit. [...] je sais là maintenant que je commence à me dire je vais partir et ben je me dis toutes leurs histoires, tout ce que je sais d'eux, ben que ça, ça va disparaître quand cette relation-là va disparaître quoi. » [MG 4]*

1.6 Une perspective relationnelle également délicate

« ...j'arrive à rentrer chez moi un peu plus apaisée je dirais, parce que j'ai eu le temps d'évacuer un petit peu cette espèce de stress et de pesanteur humaine. » [MG 8]

1.7 Le dépassement d'un modèle pour l'évolution de la manière d'exercer

1.7.1 Le médecin généraliste actuel au-delà du positionnement paternaliste

- *« Je n'ai pas un côté paternaliste sur les gens. » [MG 1]*
- *« Pater-...euh non, je suis peut-être pas forcément paternaliste. » [MG 3]*
- *« Le modèle paternaliste, il colle pas bien avec ça. Le modèle paternaliste quelque part a envie de proposer à tout prix, même imposer finalement quelque chose par rapport à sa conviction même si on n'est pas sûr [...] Le modèle du médecin paternaliste, à mon avis, il est un peu dépassé quoi. » [MG 12]*

1.7.2 Une volonté de cheminement vers un modèle humaniste

- *« Je suis plus dans la décision partagée euh ... et pis euh, c'est le patient qui décide et si le patient ne veut pas et ben j'accepte son choix et euh donc c'est pas du paternalisme, c'est plus euh...de la médecine participative, la relation à deux. » [MG 3]*
- *« De manière générale, je suis plutôt informatif. Je pars du principe que je dois informer les gens de ce qui me semble bien pour eux mais je n'ai pas à leur imposer. » [MG 12]*

1.7.3 Le modèle désuet des médecins ultra-disponibles

- *Avant, y'avait pas de portables mais on était aussi plus disponibles que maintenant, c'est-à-dire que y'avait pas des gardes de semaine, donc on était beaucoup plus disponibles. On répondait la nuit en semaine, y'avait pas les gardes de nuit.* » [MG 9]
- *« Déjà en rural, vous êtes beaucoup plus confrontés à ça, parce qu'avant y'avait pas de régulation du SAMU ou alors le SAMU vient pas tout de suite et vous êtes quand même appelé en 1^{ère} ligne. [...] je sais qu'avant que je m'associe, mon collègue il avait le téléphone, dans tous les cabinets, il répondait quasiment 24h/24 et ça je trouve ça tout à fait ...(soupir) »* [MG 11]

1.7.4 Un investissement réel mais un sacerdoce révolu

- *« C'est vraiment parce que je mets bien une barrière entre les deux, moi c'est juste j'aime mon métier mais ça reste juste mon métier et c'est pas un sacerdoce, je suis pas dévouée corps et âme à mes patients, je fais beaucoup de choses pour eux, je compte pas mes heures mais c'est juste mon métier, j'essaie de le faire correctement mais ça reste mon métier. »* [MG 5]
- *« Je prends du temps pour mes patients, je m'en occupe du mieux que je peux, pas corps et âme non plus. »* [MG 12]

1.7.5 Le bouleversement de la transition des pratiques

- *« [...] une médecine à l'ancienne, un homme isolé, dévoué à ses patients, tout le temps au bout du fil qui court pour un oui, pour un non et qui dit jamais non pour rien. [...] ensuite une jeune et euh puis avec pas les mêmes pratiques médicales forcément, puisque lui c'était plutôt de la médecine à l'ancienne. »*
[MG 5]
- *« Y'a des vieux toubibs, ils se posent pas la question ; les gamins ils les ont vus grandir, ils les tutoient ; on peut les appeler n'importe quand, enfin c'est des gens ils sont médecins H24, voilà quoi. Je crois que notre génération, c'est pas pareil. »* [MG 6]

1.7.6 Avancée des technologies : une projection parfois envisageable dans une médecine à distance

- *« D'un autre côté, je sais que bon, j'ai toujours été informatique, ça m'a toujours intéressé, donc la télémédecine c'est quelque chose qui aurait pu me convenir aussi, mais je dis ça comme ça, sans trop savoir euh... ce que ça peut vouloir dire en termes de type d'exercice. De toute façon, ça va venir ... » [MG 2]*

UN CONTEXTE: LA RELATION MEDECIN-PATIENT EN MEDECINE GENERALE



Figure A: SCHÉMA RESULTATS (1)

La relation Médecin-Patient en médecine générale

2. Statut professionnel, environnement et conditions de vie du médecin

2.1 Rencontres et partage d'un même territoire de vie

2.1.1 Une réalité envahissante

*Des rencontres régulières mais non souhaitées, malgré de bons rapports

- « Ben je me suis posée la question parce que c'est des gens que j'aime bien et tout ça, c'est pas là, la question. » [MG 4]
- « J'en croise aussi quand je vais faire mes courses, j'en croise en ville, j'en croise au square. » [MG 5]
- « Alors dans la vie quotidienne, ben de temps en temps. [...] Après, dans les activités, euh non, non, non, je les croise pas dans mes activités. » [MG 6]
- « Mais les rencontres sont toujours fortuites, je ne partage rien sinon. » [MG 7]
- « ...puisque'habitant à 25 km, pour faire tout ce qui est courses, ce genre de trucs, je ne les croise pas et j'ai pas forcément envie de les croiser tous les jours non plus. » [MG 8]
- « Je rencontre des gens quand je vais chez le coiffeur, car j'y vais dans le patelin ou quand on fait des courses au supermarché qui n'est pas loin, même si j'en fais rarement. [...] Quand je me suis promené à la fête de la musique, je rencontre des gens que je connais. Bon, je le souhaite pas forcément toujours, c'est clair. » [MG 9]
- « J'en vois quand même, et j'ai aussi des copains médecins dans la salle. [...] Si je les croise c'est involontaire, moi j'y arrive pas. » [MG 10]
- « Oui, alors dans la vie quotidienne c'est plutôt fortuit. » [MG 11]
- « Si, si ça arrive [...] plutôt fortuitement. [...] En tout cas, pas de partage volontaire avec les patients mais des propositions j'en ai. » [MG 12]

*L'appréhension d'évoluer dans le même secteur.

- « ...parce que l'ambiance village, tout le monde qui raconte « Ah, t'as vu la maison du docteur, machin... ». » [MG 5]
- « ...parce que comme c'est une petite ville, on est cinq médecins, on est amené à voir les patients des autres, ou déjà à cinq on a presque quatre/cinq mille patients qu'on suit ici, on pourrait presque dire qu'on suit toute la ville. » [MG 6]
- « ...peut-être aussi la peur de se faire envahir, quand on arrive dans un patelin comme ça. » [MG 9]
- « On est sur une petite ville, je dirais que mon ex-mari a été moins attentif ; parfois on était invité à des mariages, des trucs comme ça. [...] les gens savent que je suis seule, c'est une petite ville, ils connaissent ma vie et certaines femmes essayent de devenir mon amie, elles me font des propositions. [...] Dans ma ville, soit je marche au pas rapide, si je me promène je peux prendre mon carnet de RDV et donner des RDV dans la rue. Les patients sollicitent quand même. Ceci dit, j'ai l'impression que lorsque je les rencontre en dehors de ma petite ville, ils me harcèlent moins avec leurs problèmes, que quand je suis sur R. et que je suis à l'Intermarché au rayon fromages. » [MG 10]
- « ... (les patients) qui vous interpellent, comme on vit avec dans le même bassin de population, vous les rencontrez à des fêtes, vous les rencontrez en faisant vos courses au supermarché donc y'a quand même un cadre à fixer je trouve. [...] Après le fait de vivre dans le bassin de vie où vivent vos patients, ben ça il faut le gérer. » [MG 11]
- « C'est un coup à être vraiment dérangé et on n'est pas trop anonyme quoi. Y'a des gens, surtout c'est des gens du secteur qui viennent chez le médecin du secteur, donc si le médecin habite dans le secteur...euh ouais ... » [MG 12]

*Le poids de croiser les patients dans sa vie personnelle

- « Je déteste ça [...] parce que j'ai croisé des patients de là, je sais que les patients ils adorent ça, ils sont super contents de croiser leur docteur en ville et tout ça, moi je déteste ça [...] tout d'un coup, j'ai l'impression d'être envahie dans mon espace privé. » [MG 4]

- « Alors, avant énormément, vu que j'habitais sur place, au supermarché, au marché, à l'école, enfin c'était un petit peu tout le temps. [...] Du coup, c'était clairement angoissant. Le fait de connaître la boulangère, la prof, la directrice, être au supermarché... enfin je sais pas, rencontrer 30 personnes qu'on connaît au supermarché... Oh-la-la ! c'est quelque chose, je supportais pas ça. [...] Avant je faisais de la danse classique à M. et alors à un moment y'avait eu un spectacle en fin d'année, alors ça pour moi ça été terrible parce que voilà quoi, tous mes patients qui me regardent en train de faire de la danse classique, purée... puis même, j'avais cours avec certaines personnes qui pouvaient être aussi mes patientes, donc c'était compliqué quand même. » [MG 6]
- « Ça c'est vrai que des fois ça me pèse, ou alors j'y vais très très vite « Bonjour, machin... » [...] mais c'est vrai que des fois ça peut être gênant de rencontrer certaines personnes que vous n'avez pas envie de voir. » [MG 11]

2.1.2 Un partage bien vécu

**Une entrevue hors professionnel cordiale et possiblement conviviale*

- « Y'en a effectivement que j'ai rencontrés dans le cadre d'activités sportives qui viennent me voir dans le cadre de mon travail, ben, oui je les tutoie et puis euh, ça se passe bien. » [MG 3]
- « Maintenant quand je les croise ça me fait presque plaisir, parce que justement c'est devenu très très occasionnel et que finalement ceux que j'aime bien, ben ça me dérange pas de leur dire bonjour. » [MG6]
- « Y'a quelques patients, ça ne me dérange pas du tout de les rencontrer, on peut boire une bière ensemble, c'est arrivé... » [MG 9]
- « ...mais bon je trouve que ça va, c'est dans le cadre du sport, on parle d'autre chose [...] Et puis moi, j'essaie vraiment de ne pas introduire de sujets médicaux et je trouve que ça se passe bien. » [MG 11]
- « Mais y'en a qu'on croise plutôt régulièrement, comme certains parents à l'école. Ma réaction c'est que je leur souris, je les salue, je leur sers la main et puis voilà, je les connais et puis voilà. » [MG 12]

**Respect du médecin : pas de discussions médicales abordées*

- « Ah non pas du tout, ça me pose pas de soucis (de croiser les patients dans le secteur de vie) » [MG 1]
- « Dans la rue, le samedi matin, y'a le marché. Y'a des gens qui sont mes voisins mais on parle jamais d'un problème médical comme ça à travers le grillage. On a une relation normale « Bonjour, au revoir, comment ça va ? » [MG 2]
- « Ben ça peut être vie quotidienne, ben son voisin d'en face (rires), j'y pense là, plusieurs fois, euh, ben c'est vrai que le voisin d'en face, si on se croise, oui, ben c'est... on parle pas de santé mais on parle du cheval, du chat ou du chien... [...] Même le samedi, je vais au marché et je croise beaucoup de patients » [MG 3]
- « Oui, j'en rencontre, parce que d'une part j'habite dans un immeuble où il y a pas mal de confrères spécialistes, dont un cabinet de cardio qui est mon correspondant principal donc forcément, je croise des gens dans l'escalier, dans l'ascenseur ; ça pose aucun problème. [...] j'en croise certains à l'école, qui ont leurs enfants dans la même école que mon fils, voilà on discute « bonjour », ça se passe très bien. [...] c'est vrai que j'en croise de plus en plus et ça me pose absolument aucun problème » [MG 5]
- « Ça m'est arrivé, quand ils me posent pas de questions médicales, y'a pas de soucis et ça me fait plaisir de les voir, je leur dis Bonjour et voilà. » [MG 7]
- « Dans la vie quotidienne, je dis juste bonjour. [...] Y'a pas de soucis je peux dire deux mots. [...] Moi je fais des courses rapides, j'échange deux -trois mots, je suis pas comme ça. [...] Habiter proche ne m'a jamais gênée mais je suis toujours restée vigilante. » [MG 10]
- « ...qu'on n'est pas dans la rue pour faire une consultation non plus. Sinon, non, on se salue. » [MG 12]

**Des patients généralement respectueux : des appréhensions infondées ?*

- « Y'a des gens qui sont mes voisins mais on parle jamais d'un problème médical comme ça à travers le grillage. » [MG 2]
- « ... mais c'est euh, on parle de la pluie et du beau temps mais pas de, voilà ... » [MG 3]
- « ...mais finalement personne n'est jamais venu sonner, ni toquer donc bon voilà. [...] Ils ne me parlent pas médical. » [MG 5]
- « Bon, c'était quelque chose qu'on ressentait mais les patients n'étaient pas plus intrusifs...on est venu nous chercher une fois chez nous, une fois. » [MG 6]

- « Après évidemment, mes voisins sont déjà venus me chercher parce que quelqu'un se sentait mal, je vais répondre, c'est normal. [...] c'est rare mais ça arrive, les gens en général sont quand même assez respectueux. » [MG 11]
- « Je sais que lui par contre il s'est fait engueuler, sa mère, donc ma patiente lui a dit, qu'il (son fils) aurait dû me laisser tranquille. » [MG 12]

*Un temps permettant l'humanisation du médecin

- « Et au contraire, je trouve ça pas mal, ils voient que j'ai une vie à côté, que comme tout le monde je vais faire un footing, que je vais au Super U, à l'école, et du coup ils comprennent peut-être aussi un peu mieux pourquoi je suis pas tout le temps dispo. [...] je trouve que ça c'est important puisqu'on s'immisce dans leur vie, il faut aussi qu'ils puissent se rendre compte que nous on a aussi une vie et que du coup on peut peut-être mieux les comprendre. » [MG 5]
- « Si, si ça arrive en se promenant dans C., ça arrive en cherchant les enfants à l'école, ça arrive au restaurant [...] Bon je suis pas Johnny Halliday, donc ça va. » [MG 12]

2.2 Impacts du statut professionnel sur la vie privée

De manière globale, on comprend que le statut de médecin n'est ni facilement assumé, ni facilement vécu dans la vie privée. (Ce statut de professionnel de santé et les appréciations qui lui sont portées influent sur les comportements et réactions des médecins.) A l'inverse, parfois, la rencontre, le vécu dans la vie privée peut adoucir l'image et rapprocher.

2.2.1 Un empiètement du métier sur le temps personnel

- « Ensuite c'était un choix pour pouvoir rentrer, enfin je pensais pouvoir rentrer à midi, il s'avère que je le fais pas, même les dix minutes de route aller-retour, ben je me dis c'est une demi-heure pour faire de la paperasse ou pour donner deux rendez-vous en plus donc je ne rentre plus mais à la base c'était pas prévu comme ça. » [MG 5]

- « ... pourtant, ils ont (les enfants) déjà été ficelés dans la voiture, attachés sur un siège, quand je gérais un OAP, un infarctus ou des choses comme ça.
Quand on est dans un groupe, souvent on part à l'étranger, bon sauf si ça bien sûr y'a une urgence, je vais intervenir. » [MG 11]
- « Là où la barrière saute, c'est quand y'a plus de barrière finalement entre la vie personnelle et la vie professionnelle. [...] Ils m'ont appelé un dimanche d'ailleurs pour une visite, ça c'est du déjà-vu. » [MG 12]

2.2.2 Un statut de médecin lourd à assumer

*Une entité « médecin en toutes circonstances » pesante

- « Je pense que quand même quand on est médecin, on est en représentation et je suis pas prête à être dans ce type de représentation quand je me balade en ville, que je vais au cinéma, que je vais marcher ou j'sais pas quoi. » [MG 4]
- « Oh pfffff pour moi c'est impossible, impossible à assumer [...] c'était un petit peu tout le temps. Moi, je parlais de « The Truman show », vous savez le film, et ben c'était ça, c'était affreux, c'était angoissant pour moi » [MG 6]
- « Je le souhaite pas forcément toujours, c'est clair parce que y'a toujours quand même ce côté professionnel qui reste [...] Moi, dans le patelin, j'ai beaucoup de mal à enlever ma casquette de médecin. » [MG 9]
- « Ça m'a affecté, jusqu'à 40 ans j'étais le toubib partout où j'allais. » [MG 10]

*Pas de place pour un statut supplémentaire

- « J'y arriverai même pas, on m'a demandé bien sûr d'aller sur la liste municipale, j'ai dit que pour moi c'est pas compatible, c'est trop. J'imagine déjà, moi qui me charge déjà de beaucoup de choses pendant la consultation, me charger en plus de leurs problèmes de voisinage. Moi ça me paraît incompatible. » [MG 10]
- « Peut-être aussi parce que j'avais des enfants, au début on m'a un peu sollicitée pour être médecin pompier, et non. » [MG 11]

2.2.3 Des relations privées ressenties comme biaisées par le statut professionnel

- *« C'est pas quelque chose que je mets en avant [le statut professionnel] [...] ça oriente tout de suite, ça biaise presque la relation spontanée qu'on pourrait avoir les gens. » [MG 11]*

2.2.4 Un comportement naturel à réprimer pour « coller » à l'image du médecin ?

- *« ... parce qu'en fait je suis aussi quelqu'un qui euh, peut-être que, j'ai peut-être peur que la personne que je suis dans la vie privée corresponde pas vraiment à ce qu'on attend peut-être d'un médecin. [...] Bon, je suis pas complètement déjantée mais je ne suis pas non plus complètement euh, enfin voilà je suis normale quoi, je fais ma vie, donc bon voilà j'ai pas envie de devoir faire attention à comment je suis, ce que je dis, comment je me comporte. Ça me saoule quoi l'idée de devoir faire attention à comment je me comporte tout ça parce que je suis médecin...en même temps je pense que ça décrédibilise pas mal le médecin de le voir, je sais pas faire le con ou... enfin je sais pas voilà, ça peut pas marcher, enfin moi je pense que ça peut pas marcher. » [MG 6]*

2.2.5 Le besoin de taire son statut pour éviter les sollicitations

- *« Ben des fois quand même en vacances, si je peux éviter de dire que je suis médecin, je le dis pas. [...] mais c'est vrai que j'évite des fois au début ; bon quand on me le demande c'est difficile de pas dire mais, j'évite de dire que je suis médecin car sinon dans la demi-heure qui suit, vous avez droit à tout. [...] Après si on peut éviter de se retrouver avec le pied de voisin de table sur la table parce qu'il veut vous montrer son intertrigo qu'il arrive pas à soigner (rires), non mais ça arrive quand même. Donc moi, c'est vrai que je fais pas trop ma pub si pas nécessaire, c'est pas quelque chose que je mets en avant parce que je trouve que des fois après, les gens peuvent pas s'empêcher de vous raconter. » [MG 11]*

2.2.6 Modifier ses conduites personnelles pour éviter la rencontre ou l'interpellation

- « ...par exemple je ne vais pas à la piscine de K. parce que euh, c'est la piscine juste à côté et j'ai des patients qui sont maîtres-nageurs, ou qui sont surveillants et donc euh, il est hors de question qu'ils me voient en maillot de bain ou voilà ... je vais pas non plus faire mes courses à A. parce que j'ai croisé des patients de là. » [MG 4]
- « Au travail, je suis le médecin, donc vous voyez là je viens m'aérer à X. Sinon, je fais des courses rapides avec des lunettes de soleil, parce que les gens me suivent. [...] J'évite quand même, je fais partie d'aucune association sur la ville bien que j'aie beaucoup de sollicitations pour éviter ça.
[...] J'ai réussi, je vais à pieds à mon travail et les gens ne m'arrêtent plus mais c'est vrai que je file, je vois personne, je dis « bonjour » en passant et je file. [...] Moi, je suis toujours à l'arrière, alors j'enlève mes lunettes comme ça je suis neutre, je vois personne. [...] par contre mon ex-mari ne sortait pas dans la ville du tout, ne faisait pas de courses dans la ville. J'alterne le marché devant mon cabinet et le samedi le marché de X. parce que là je peux me détendre quoi, je rencontre beaucoup moins de patients. [...] » [MG 10]
- « Mais c'est vrai que j'évite de faire mes courses au supermarché, ou alors j'y vais très très vite au supermarché local, sinon je vais carrément ailleurs pour pas rencontrer mes patients. [...] Globalement, j'essaie quand même d'avoir une vie sociale mais c'est vrai que ça m'a déjà limitée. C'est vrai que je me suis déjà dit « je n'y vais pas ce soir, parce que je n'ai pas envie de tomber sur la fille de Mme Machin ». [MG 11]

2.3 Gestion(s) de la balance vie privée et vie professionnelle

Les praticiens aspirent plutôt à scinder clairement vie privée et vie professionnelle. Cela passe aussi par un questionnement sur le choix du lieu d'habitation, relatif au lieu du cabinet médical.

2.3.1 Choix du lieu d'habitation

La question du lieu d'habitation par rapport à la situation du cabinet médical et des relations avec les patients représente un vrai questionnement pour les médecins. Il semble d'ailleurs que le lieu de résidence du médecin puisse influencer sur son ressenti quant à la relation médecin-patient.

*Habiter à proximité du cabinet : une injonction révolue

- « A l'époque, c'était difficilement concevable d'habiter ailleurs. Ça, ça a changé. A l'époque, le médecin habitait souvent même dans la maison où il exerçait, ce qui était mon cas au départ. [MG9]

*Habiter aux alentours pour plus de confort et simplicité

- « Oui, c'était quand même un choix euh, moi je me considère proche, déjà c'était un choix pour pas passer plein de temps dans la voiture. [...] les matinées où je suis à la maison et ben pour moi c'est pratique, si je suis appelée pour faire une visite qui n'est pas prévue ou alors je vais faire trois visites, je rentre faire un truc chez moi, je repars en faire trois de l'autre côté, donc voilà. Sur le plan technique c'est plus simple, c'était pas pour garder de la distance par rapport aux patients. » [MG 5]
- « Pour moi, c'est essentiel d'aller à pieds à mon travail. Si malgré toutes les difficultés qu'on a eues, je suis dans cette maison et que je vais à pieds à mon travail, c'est parce que je trouve ça un luxe extraordinaire, je déteste la voiture. » [MG 10]

*Vivre plus loin : un choix

- « J'ai choisi de venir travailler ici mais je me suis posée à un moment donné la question de venir habiter ici mais je me suis dit que (non)... [...] aujourd'hui je suis très contente de pas l'avoir fait. » [MG 4]

- « ...c'est vrai que malgré tout, pas habiter dans le village où j'exerce même s'il est accolé à la ville, c'est quand même pas mal. » [MG 5]
- « Du coup, ça été un choix. Un soir avec mon mari, on a dit soit on change de travail, enfin d'endroit où on travaille, soit on déménage quoi. Mais c'était plus possible. » [MG 6]
- « ...c'est pour ça aussi que j'habite à 30 minutes, c'est un choix. » [MG 7]
- « ...quand je vous disais que j'habitais à 25km, c'est pareil, y'a une petite distance qui fait que, on arrive à prendre un petit peu de recul par rapport au travail. Avant j'habitais déjà où j'habite actuellement, mais j'avais pas forcément envie de me rapprocher puisqu'on se posait à un moment la question d'acheter dans le secteur mais j'ai pas envie, c'est très bien comme ça. » [MG 8]
- « Oui bon, ce serait 10 minutes ça me suffirait mais habiter dans le même quartier que mon lieu de travail, ça je pourrais pas. [...] Je pense aussi qu'il y a un choix d'être assez loin. » [MG 12]

2.3.2 Les essentiels pour préserver un équilibre

2.3.2.1 DES CHOIX POUR SE PRÉSERVER

*Une volonté formelle de séparer et protéger sa vie personnelle

- « Y'a vie pro et vie privée. [...] d'abord, je me disais que je veux pas imposer ça à ma fille et puis ensuite voilà [...] c'est bien de séparer ce temps-là du reste. » [MG 4]
- « ...le domicile c'est ma famille, c'est mes enfants, mais c'est pas mes patients. » [MG 5]
- « Moi, je suis pas joignable, j'ai besoin vraiment, quand je suis pas au cabinet, je travaille pas et j'ai besoin qu'on me foute la paix, c'est quelque chose que je veux pas. [...] Moi, j'ai vraiment besoin de séparer ma vie professionnelle de ma vie privée. [...] déjà j'étais sous un pseudo donc c'était impossible de me trouver, pour qu'en aucun cas, aucun patient puisse jamais me retrouver. [...] besoin de préserver cette « bulle » pour mon équilibre. » [MG 6]
- « Non c'est vie privée et vie professionnelle [...] ma vie privée vous inquiétez pas c'est mon problème. [...] tout en ne se laissant pas envahir dans sa sphère privée. » [MG 7]

- « *C'est important de ne pas mélanger vie pro et vie privée [...] en fait le travail prend déjà suffisamment de place dans ma vie, j'ai pas forcément envie que ça en prenne encore d'avantage. [...] j'en parle un peu moins au niveau personnel, justement pour ne pas remettre encore une couche de professionnel là-dedans. [...] après c'est vrai que j'en discute mais peut-être moins dans le détail ou juste dire que quelque chose s'est mal passé ou que y'a un souci, mais je rentre pas trop dans les détails pour préserver.* » [MG 8] -> gestion des pbs liés à la relation
- « *...c'est par la suite que j'ai séparé le privé et le professionnel. [...] Bon, c'est quand même important qu'il y ait une vie professionnelle et une vie privée, sinon on ne s'en sort plus.* » [MG 9]
- « *... j'ai dû me battre pour le respect de ma vie privée assez durement parce que c'est pas mon naturel d'être dure. [...] Alors moi je conseille à tous les médecins, futurs médecins de scinder leur vie et de rester le médecin face à ses patients et d'être eux-mêmes ailleurs, d'avoir deux vies. Pour moi, c'est vraiment important, je suis deux personnes différentes.* » [MG 10] -> singularité ?
- « *...éviter de venir chez moi sauf urgence, essayer de bien préserver la sphère privée de la sphère professionnelle, je pense que ça c'est important. [...] Voilà, j'ai deux enfants, j'ai un mari qui est occupé, je voulais aussi me préserver des moments où je savais que j'allais pas être dérangée, parce que quand vous avez deux petits gamins, vous pouvez pas dire euh... [...] C'est vrai que ça j'essaie de me préserver, de la même manière que les médias, enfin les moyens de communication, j'ai toujours essayé de me préserver de ce côté-là.* » [MG 11]
- « *...moi je vois surtout par rapport au dérangement dans la vie personnelle, c'est plus ça. [...] La dissociation entre les 2 vies est quand même importante. [...] Pour un tout parce que j'ai pas envie d'exposer ma vie partout, parce que toujours cette histoire de scinder ma vie pro et ma vie perso.* » [MG 12]

*Disposer d'un temps de décompression entre temps professionnel et personnel

« *...d'où le fait d'habiter à 25 kilomètres, j'appelle ça un petit sas de décompression où j'arrive à rentrer chez moi un peu plus apaisée je dirais, parce que j'ai eu le temps d'évacuer un petit peu [...]* » [MG 8]

*Préserver son « jardin secret »

- « ... le seul petit problème que ça me pose c'est qu'ils savent où j'habite et ça, ça me dérange un peu. [...] bon ça c'est vrai que s'ils peuvent ne pas savoir où est ma maison ça m'arrange. » [MG 5]
- « Enfin, si, parfois les gens sont parfois intrusifs, y'en a certains qui me demandent, « quand j'ai déménagé ? Où est-ce que j'ai déménagé, ? » tout ça... Moi je leur dis que ça les regarde pas clairement, je sais poser des limites, ça me dérange pas. [...] Je sais pas, je trouve que pour garder un peu de crédibilité, il faut garder, pas vraiment du mystère., mais... [...] parfois, je parle de moi aussi aux gens mais il faut pas trop trop leur donner à manger aux gens parce qu'ils sont curieux, il faut quand même préserver sa vie privée je crois. » [MG 6]
- « Je fais plein de choses, je danse et tout et quand je vais à la danse, les filles me disent des fois « tu mets l'affiche dans ton cabinet », je leur dis « vous rêvez les filles, vous croyez que j'ai envie que mes patients viennent me voir danser ? ». [MG 10]

*Une vie de « non-médecin » nécessaire

- « ... je pourrais quand même avoir des copines autour de moi, et en fait je me rends compte que je donne pas suite, parce que j'ai vraiment envie d'avoir deux vies différentes. [...] C'est tellement essentiel pour moi d'avoir une vie de non-médecin que je suis très très vigilante. [...] Pour moi, c'est vraiment important, je suis deux personnes différentes. [...] vous devez avoir indispensablement une vie à vous. Je ne pourrais pas être le médecin que je suis si je n'avais pas de vie à moi, où je me remplis de choses où je ne suis pas du tout médecin, où je me nourris moi. C'est vachement important. » [MG 10]
- « Et puis je fais aussi autre chose dans ma vie. » [MG 11]

2.3.2.2 METTRE À DISTANCE LE PROFESSIONNEL

* limiter sa disponibilité - Souhait actuel de ne plus être joignable 24/24

- « ...y'en a pleins au début qui m'ont demandé « ah... mais on n'a pas le téléphone du domicile ? ... » parce que mon prédécesseur l'avait donné, je leur explique que non. [...] C'est juste que pour moi, au jour actuel,

c'est hors de question qu'un médecin soit disponible 24/24 pour ses patients et donc, ça me paraît logique. » [MG 5]

- « *(les patients) pensent que vous êtes joignables en permanence, il fallait aussi un peu recadrer les choses à ce moment-là.* » [MG 8]
- « *Donc ça c'est, à la fois on est plus joignables parce qu'on a le portable mais la nuit je le coupe ou je le mets suffisamment loin pour que je ne l'entende pas. [...] mon après-midi de congé, je fais souvent des paperasses, mais depuis peu je mets le répondeur (pardon) le mercredi après-midi. Avant, c'était « au moindre souci, on téléphone ».* [MG 9]
- « *Je le dis que je ne souhaite pas être dérangée à toute heure. [...] je voyais ça de façon très angoissante d'avoir un bip en permanence, de pouvoir être joignable, dérangerable... enfin, moi j'étais pas du tout prête à faire ça. Je pense qu'il faut un temps pour tout et qu'il faut aussi vous reposer la tête, parce que quand vous êtes dérangerable 24/24, c'est Pfffff...* » [MG 11]
- « *Elle a appelé la kiné comme ça, elle s'est fait rembarrer, ce qui est normal, à un moment on n'est pas à disposition tout le temps.* » [MG 12]

*Réussir à cliver

- « *Maintenant, je sais aussi que quand je suis partie en vacances, je pense pas à tous ces gens-là et puis aussi le jour où je serai à la retraite, je pense que je vais les oublier aussi vite.* » [MG 4]

*Devoir réorienter les sollicitations médicales externes sur les temps professionnels - Recadrer

- « *Ben ça a pu être gênant parfois et ça a été gênant mais j'ai mis des holàs. Alors ça, j'ai un patient en tête qui m'a interpellé euh, chez le fromager, sur sa dernière prise de sang, je lui ai dit (en tapotant du doigt sur le bureau) « là, j'achète mon fromage, si vous voulez savoir quelque chose, vous revenez demain ». Ah non, mais ça, au cabinet !* » [MG 3]
- « *S'ils essayent, je leur dis tout de suite que là on est à l'école et pas au cabinet et donc ils comprennent tout à fait.* » [MG 5]
- « *Ça arrivait que les patients nous parlent parfois de problèmes médicaux quand on les croisait, mais peu, parce que déjà d'entrée de jeu, ils sentaient bien que c'était pas trop notre tasse de thé quoi [...]*

Mais la directrice de l'école qui m'a demandé de l'EMLA® pour sa fille qui allait se faire percer les oreilles, enfin le mélange des genres comme ça... ça m'insupportait. » [MG 6] -> Comportement du médecin / non verbal ? ou vécu difficile ?

- *« Parce que je vois à E. quand je fais mes courses, ça arrive que j'en rencontre, c'est pas méchant mais ils peuvent pas s'empêcher de poser des questions médicales, et ça m'énerve ... quand je sens tout de suite qu'il y a une demande autre, je coupe net en leur disant « on verra ça au cabinet, vous me rappelez, on prendra RDV ». » [MG 7]*
- *« Souvent les gens -pas tous- mais savent que vous êtes le toubib et ils en profitent quand même pour vous poser des questions sur leur traitement, sur leurs trucs. Le petit exemple, c'était quand j'ai pris de l'essence à la station en sortant du village, où le patient se gare à côté de moi, il fait le plein de sa voiture et il me dit « ah, au fait, je suis passée à la pharmacie, il faudrait pouvoir faxer une ordonnance parce que j'ai pris (je sais plus quel inhalateur) ... » Voilà, c'est le genre. » [MG 8]*
- *« ... me demandent des nouvelles de leurs résultats, des choses, alors que moi j'ai la tête complètement ailleurs. [...] Puis les gens me cherchaient parfois sur mon temps de repos pour des problèmes de santé tout à fait graves. [...] Mon comportement joue je pense, je suis assez distante et puis j'ai tout le temps des lunettes de soleil » [MG 10]*
- *« Alors là c'est pareil, je reste aimable mais j'essaie de reporter les demandes sur les consultations. Des fois y'a certains patients qui croient que parce que vous êtes à une soirée quelque part, ils vont vous refaire tout leur état de santé ... [...] les autres vous racontent sur le trottoir qu'ils ont eu la diarrhée, est-ce que vous avez eu leur résultat ? ... C'est des fois un peu... Une fois j'ai dit gentiment à un Monsieur qui commençait à me raconter toute sa vie, je lui ai dit « Ecoutez, y'a un moment pour la consultation, là j'aimerais bien un peu souffler. Ça me fait plaisir de vous voir mais si on peut parler d'autre chose. Point » [MG 11]*
- *« Y'en a bien qui essayent de parler de problèmes médicaux sur le trottoir mais ça en général, je coupe court. Ça a déjà été amorcé, alors je leur dis que j'ai pas tout le dossier en tête et qu'il faudra qu'on revoie à l'occasion, de façon polie et respectueuse encore mais je coupe court parce qu'on est pas dans la rue pour faire une consultation non plus. [...] Après quand y'en a qui commencent à me dire « j'ai mal au genou là », je leur dis « écoutez, on verra ça à l'occasion, je sais pas quoi vous dire là, je sors du magasin avec mes courses dans les mains. Je vais pas tout lâcher pour examiner le genou quoi ». [MG 12]*

3. Cadre de l'exercice

3.1 Les conventions pratiques d'exercice

3.1.1 Le bureau médical : un cadre à privilégier pour la consultation

- « A partir du moment où on rentre dans le cadre du bureau, y'a comme une espèce de...là on respecte de nouveau... [...] Le bureau apporte un cadre quand même [...] à partir du moment où on arrive dans le cabinet ça devient pro. » [MG 1]
- « C'est vrai que je demande qu'on vienne dans le cadre du cabinet consulter, pas le faire en dehors. [...] Le lieu du cabinet, ça permet, avec la tenue d'un dossier correct comme tous les autres patients, ça permet ce cadre ; je pense que c'est important. [...] je pense que le cadre de la consultation est important, je dis même des fois à des amis ou des proches, tu vas venir au cabinet, on va jouer au docteur » [MG 11]

3.1.2 La rétribution de l'exercice parfois gênante mais protocolaire

- « La question du paiement aussi est importante : « est-ce que je fais payer ? est-ce que je ne fais pas payer ? ». Je fais quand même payer les gens avec lesquels je suis plus proche, justement pour marquer que ça reste quelque chose de pro » [MG 9]
- « Au début, j'avais aussi un problème par rapport à l'argent, j'osais pas trop demander l'argent, mais je l'ai moins avec le temps, on apprend. » [MG 10]

3.1.3 Souvent synonyme de mise à distance, le port de la blouse : un choix qui divise

- « Il est important de porter une blouse au travail. » [MG 6]
- « [...] il ne faut pas que ce soit froid et trop distant mais moi je porte pas de blouse. » [MG 7]
- « [...] j'ai tendance à m'asseoir à côté d'eux en fait et à plus être derrière le bureau à une distance plus importante, donc c'est quelque chose qui est important. D'ailleurs je ne porte pas de blouse... [...] Je fais aussi de la médecine manuelle, donc c'est vrai qu'il y a des contacts physiques relativement proches car

il y a tout ce qui est manipulation vertébrale et qu'à ce moment-là, je mets une blouse pour mettre une certaine distance. » [MG 8]

- « *...puis pour marquer la distance, et une blouse ça fait sérieux, ça assoit son personnage. » [MG 9]*
- « *Au début, je portais une blouse pour marquer la distance. » [MG 10]*

3.2 Un enseignement transmis

3.2.1 Une formation de scientifique comme référence

- « *...moi je me considère comme un technicien de santé...euh, j'ai eu la chance de pouvoir faire des études et j'ai donc acquis un certain savoir. » [MG 2]*
- « *Voilà on est des scientifiques, on est là pour soigner des gens, on a peu de temps de consultation, il faut qu'on le consacre à nos soins. » [MG 6]*
- « *... on est plus dans le protocole de prise en charge officielle, les recommandations HAS etc... Et il faut être protocolaire ; en tant que médecin on a besoin de ces référentiels-là. » [MG 12]*

3.2.2 Transmissions ou conseils des pairs

- « *Moi, je mets beaucoup de barrières. Pareil, pendant mes études on m'a bien appris qu'il y avait un comportement à avoir et que si, ... et des règles aussi à donner aux gens. [...]*
J'ai une copine qui est psychiatre et qui m'a vraiment sensibilisée aussi à la façon de recevoir les gens et surtout avec les enfants » [MG 6]
- « *Ben maintenir la distance quoiqu'il arrive, [...] c'était un positionnement qui allait de soi. Je sais pas si c'était parce qu'on était formé à l'hôpital. [...] Mais je pense que c'était encore le truc de l'hôpital, et puis pour marquer la distance. » [MG 9]*

3.3 Des « Règles de bonne pratique » à respecter

« Je sais pas, je pense c'est des règles simples de bon exercice, je pense que c'est rien d'extraordinaire mais c'est des choses que j'essaie de respecter » [MG 6]

3.3.1 Maintenir « sa casquette de médecin » pendant un temps dédié en consultation

- « Ça me dérange pas de le revoir quelques jours après mais en tant que patient. » [MG 1]
- «[...] mais je crois qu'il faut quand même garder un temps où on est, on a la tête sur les épaules, on est médecin. » [MG 3]
- « Il faut qu'on le (temps) consacre à nos soins et pas à parler que du chien et de la voisine, et du temps qu'il fait quoi. [...] Il faut garder sa casquette de professionnel de santé et c'est pas facile. » [MG 6]
- « Enfin, je crois qu'il faut rester- il faut que je parle à la première personne- j'essaie de rester très professionnel. » [MG 9]
- « Maintenant je crois que je reste de mon côté, je reste à ma place de médecin ; je suis médecin. » [MG10]

3.3.2 Garder une distance professionnelle, primordiale pour soigner (une notion transmise)

- « Y'a forcément une certaine distance. » [MG 1]
- « Je pense que la distance c'est à mon avis, indispensable. [...] moi je pense que la distance que l'on met avec son patient, ça me paraît relativement important, euh...Un, il y a la marque de respect. [...] Alors maintenant, c'est vrai que y'a des gens qu'on trouve plus sympathique que d'autres hein, qu'on reçoit ici avec plus de plaisir que d'autres mais la distance elle existe toujours » [MG 2]
- « Alors une distance quoi qu'il arrive, ça de toute façon [...] » [MG 5]
- « Je pense qu'il faut savoir garder une distance professionnelle pour pouvoir garder une qualité de soins [...] » [MG 6]
- « Moi je pense quand même qu'il faut toujours garder une distance quoi qu'il arrive. » [MG 7]
- « Au niveau professionnel, il faut une CERTAINE distance » [MG 9]

- *« C'est pour ça qu'il faut toujours garder une certaine distance. » [MG 11]*
- *« Faut garder une distance quand même de toute façon, et d'ailleurs si on n'a pas la distance suffisante on peut pas être efficace. [...] Je pense qu'il faut préserver, que ça fait partie du lien thérapeutique, d'avoir une distance, euh... y'a une distance à avoir. » [MG 12]*

3.3.3 Rester (médicalement) professionnellement impartial

- *« Je pense qu'au niveau des soins, que ce soit quelqu'un de proche ou quelqu'un que l'on voit plus occasionnellement ; je pense que médicalement je réagis à peu près de la même façon. » [MG 1]*
- *« Mais je crois pas que je fais des différences, je refuse de faire des différences pour quelque raison que ce soit, j'essaie de donner le meilleur de ce que je suis capable de faire à chaque personne qui vient dans mon cabinet, je refuse de faire de différences. [...] Je ne donne pas de priorités, sauf si les gens se sentent mal, mais sinon je permets à personne de passer avant l'autre même si je le connais bien. Je donne à tout le monde la même chance, le même soin. » [MG 10]*

3.3.4 Demeurer neutre en toutes circonstances

- *« Il faut pas être exactement comme on est dans son quotidien, il faut éviter de juger les gens, donner des conseils, enfin toute cette position un peu neutre quand même que l'on doit avoir en tant que médecin quoi. [...]il faut bien se souvenir que quand on rentre dans le cabinet, on a une casquette, on est médecin, on est un professionnel de santé ; qu'on doit jamais réagir comme dans la vie (hausse un peu le ton), même à la provocation, parce que y'a des gens qui vous cherchent, ou bien y'a des choses qu'on vous dit vous pourriez répondre comme ça du tac o tac et tout ça. » [MG 6]*
- *« Je suis quelqu'un de nature plutôt gentille, j'aime pas fâcher les gens et j'ai dû assumer sans broncher qu'elle a fait tout un flanc après. » [MG 10]*

3.3.5 S'interdire le développement de liens amicaux plus intimes

- *« Des patients qui soient devenus des amis, pour moi, il n'y en a aucun. Je pense que c'est que, la façon dont je fonctionne, aucun euh ...ne soit devenu ami. [...]Donc, c'est aussi assez descriptif du type de relation que l'on doit avoir parce que c'est pas possible d'avoir une relation d'amitié ou de camaraderie avec un patient qui vous dit « moins je vous vois, mieux c'est ». [...] Et j'ai toujours pensé qu'il aurait été extrêmement compliqué pour un médecin de trouver son ou sa partenaire de vie à travers son exercice médical. A mon avis, ça ne peut se faire qu'en dehors de son exercice médical. » [MG 2]*
- *« Ça reste quand même, c'est mon métier avant tout, après si je dois créer un lien amical avec un patient, ce sera autre chose euh mais pas ce pour quoi ils viennent au cabinet. » [MG 5]*
- *« Ils sont pas là pour qu'on soit copains, ils sont là pour que je les soigne. » [MG 6]*

3.3.6 Prêter attention à ne pas rentrer dans la familiarité avec les patients

- *« J'essaie de garder une distance raisonnable, je ne fais pas la bise aux gens par exemple. [...] Oh, la familiarité clairement, je crois que c'est quelque chose à réellement éviter. » [MG 9]*
- *« De même, je sais que y'a certains confrères qui appellent des fois les personnes âgées par leur prénom, moi sauf si la personne me le demande, en général je nomme les gens par Mr/Mme. Je pense que c'est une forme de respect et ça permet aussi de poser le cadre, pas que dans le lieu, mais aussi poser le cadre relationnel. » [MG 11]*

3.3.7 Mauvaise représentation de la convivialité, pourtant appréciée

- *« [...] on discute, on discute, on discute et au final je l'ai même pas examiné quoi. Ça, ça me plait pas trop comme image de la médecine quoi. [...] même si c'est sûr que c'est un côté convivial que les gens apprécient. » [MG 6]*

3.4 Identification et mise en place de son propre « modus operandi »

3.4.1 Le choix conscient du secteur d'exercice fonction des différentes projections

*Le lieu d'exercice n'engage pas le même type de relation médecin-patient

- « Donc je trouve que le lieu d'installation ville/campagne, y'a quelque chose dans la relation médecin-malade qui n'est pas du même ordre, à mon avis. » [MG 12]

*Le besoin de se sentir en adéquation avec son secteur d'exercice

- « J'ai pas forcément moins d'implication mais ça aurait pu être néfaste pour moi d'être dans une sur-implication dans la vie des gens. Là, je suis juste bien, je me dis que je suis équilibré comme ça, je me sens bien, je suis efficace. » [MG 12]

L'INFLUENCE DES DIFFERENTES REPRESENTATIONS DE PATIENTELE SELON LE MILIEU D'EXERCICE

*L'image d'une patientèle plus stable et plus fidèle en campagne qui engage d'avantage le médecin

- « En campagne, la permanence des soins, elle se fait, [...] et du coup, je pense qu'on est plus vite impliqué dans la vie des gens et puis y'a un peu moins de turn-over. [...] Vraiment en campagne, les gens sont installés, ils sont là depuis très longtemps et ils resteront jusqu'au bout [...] je pense qu'en étant en campagne, j'aurais pu me faire grignoter. [...] parce que c'est une patientèle qui est plus fidèle, qui a une autre reconnaissance. » [MG 12]

*Un turn-over en ville qui naturellement, implique moins

- [...] En ville, ça tourne un peu, les gens qui déménagent, des changements de boulot, de quartier ; y'a de tout, les gens changent de médecin, voilà quoi. En ville, les gens sont plus...enfin ils ont peut-être un côté moins attachant que les gens de la campagne. [...] y'a un choix d'être en ville. Je pense, moi par rapport à mon implication [...] je pense que dans l'implication dans la vie des gens, en ville, on peut plus facilement mettre une distance. » [MG 12]

3.4.2 Travailler en cabinet de groupe est moins pesant pour les médecins

« Nous, on est dans un groupe de cinq, [...] Et pour ça le cabinet de groupe c'est bien aussi parce que on est quand même un peu interchangeable. Nous, nos patients ont l'habitude d'aller voir un autre collègue sans que ce soit un drame. » [MG 6]

3.4.3 L'importance de planifier et organiser sa pratique

- « On a aussi mis en place ici, on ne fonctionne que sur RDV ; c'est quand même une pratique qui n'est pas encore très fréquente en médecine générale mais qui se développe. Nous, ça fait à peu près 10 ans qu'on fait ça ici » [MG 2]
- « Je pense que de cadrer les choses, d'essayer de séparer quand même le temps de travail médical du reste, en restant correct, en ne se laissant pas déborder, en donnant des horaires fixes, ne pas donner son numéro à tout va ; pour durer et ne pas finir épuiser je pense que c'est important. » [MG 11]
- « On peut mettre aussi des barrières à ça, c'est à dire que là je suis installé depuis 2 ans et demi, j'ai 600 patients, j'ai un pool de 600 patients mais j'en prends plus. » [MG 12]

3.4.4 Cadrer initialement pour une alliance thérapeutique et une relation accordée

- « Quand les choses sont posées depuis le début, ça ne pose jamais de problème, ça ne m'a jamais dérangé. » [MG 1]
- « Moi, je pense que les choses ici, sont quasiment cadrées toujours [...] Donc, moi ce que je dis et ce que j'essaye d'expliquer aux internes, c'est qu'avec ce genre de patients, il faut nouer ce qu'on appelle une alliance thérapeutique dès le début.[...] J'ai un adulte, je lui expose un petit peu ce qu'on peut faire, comment on peut faire et je lui dis « écoutez, on peut fonctionner ensemble et on verra bien comment les choses se passent ». » [MG 2]
- « Ça je l'ai initié tout de suite. Après le seul conseil que je pourrais donner, c'est marquer tout de suite les limites parce que faire marche-arrière c'est vraiment difficile alors que... dire les choses clairement

au début, expliquer pourquoi et dire ce que l'on attend des gens, dire euh, moi je leur ai clairement dit ce que j'attendais d'eux, ça permet je trouve d'avoir une bonne relation dès le début. » [MG 5]

- *« [...] des règles aussi à donner aux gens et que s'ils les respectaient pas dès le début et ben après c'était foutu. » [MG 6]*
- *« Et ça je l'ai mis en place dès le départ [...] c'est quand même plus agréable parce que sinon après vous vous faites bouffés par les patients. » [MG 8]*
- *« [...] parce que dans mon cabinet j'ai été vigilante dès le début. Je dis pas que j'ai pas eu de problèmes mais j'ai essayé de cadrer. [...] Je le dis aux internes, faux fixer votre règle. » [MG 10]*
- *« C'est pour ça que je pense qu'au début, en s'installant il faut avoir les idées claires sur ce qu'on veut pas. Je veux pas me faire déborder par ma patientèle, pour moi c'est quelque chose qui est clair dès le début. » [MG 12]*

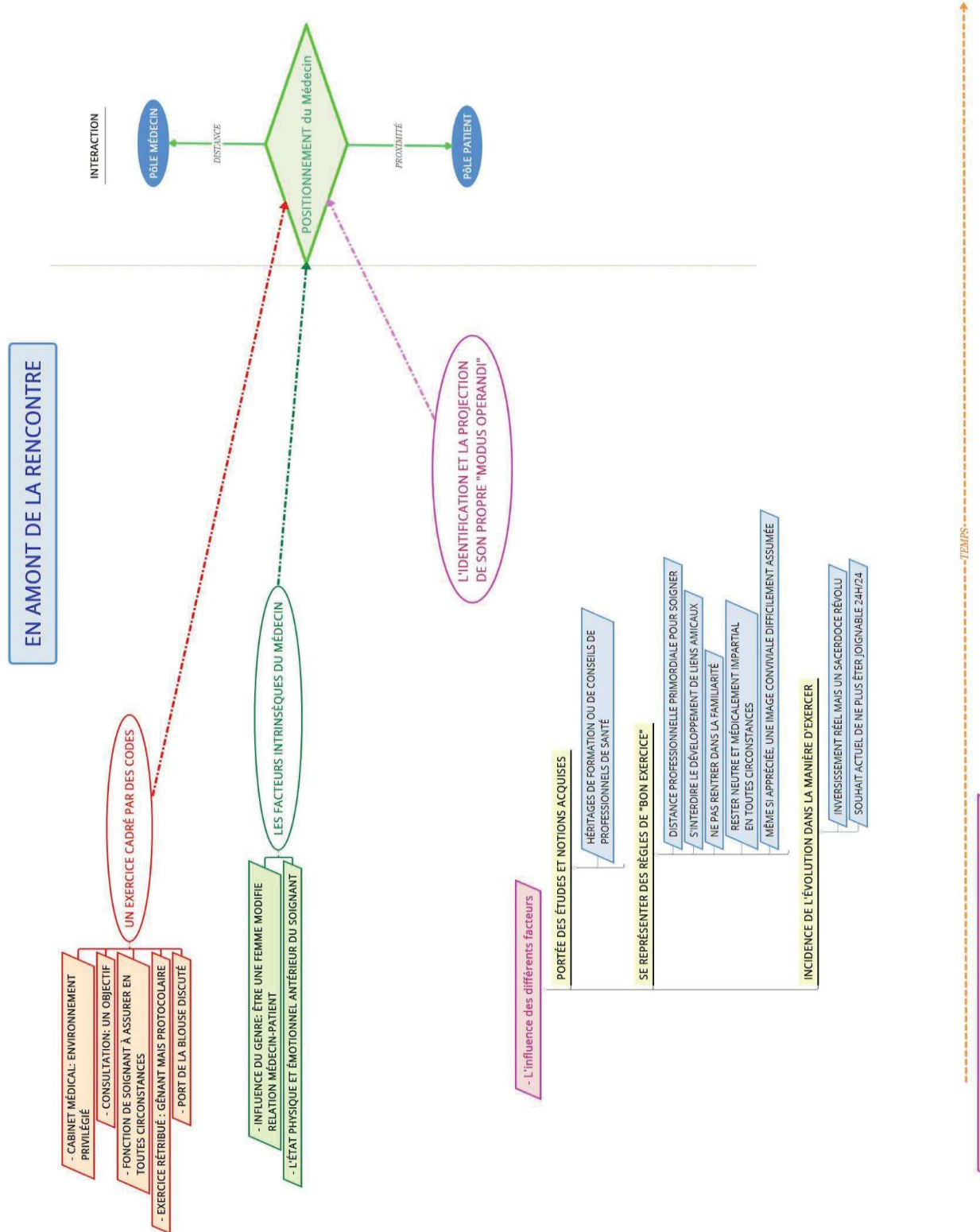


Figure B : SCHÉMA RESULTATS (II)
Facteurs influençant le positionnement du MG en amont de la rencontre avec le patient

4. Moyens et potentialités de la relation dans la pratique professionnelle

4.1 Des outils relationnels

4.1.1 Communiquer avec le patient

4.1.1.1 L'importance d'une communication de qualité et adaptée

- « ...à partir du moment où c'est clair, je trouve que c'est toujours le dialogue qui est le point le plus important » [MG 1]
- « J'insiste lourdement sur le fait qu'on peut dire toute la médecine en langage...en Français, compréhensible par tout le monde. [...] ce qui est le plus efficace dans notre travail de soignants c'est la qualité de la communication qu'on a avec les gens. » [MG 2]

4.1.1.2 Une communication non-verbale puissante

Après avoir exprimé initialement l'importance de bien communiquer avec le patient, d'apporter des explications, les praticiens soulignent de différentes manières la puissance de la communication non-verbale et la nécessité d'y être attentif.

*Le souci d'un accueil chaleureux

- « Je pense que voilà, faut que les gens soient un peu à l'aise et j'essaie de ne pas avoir une attitude trop quand même rigide, trop éloignée. » [MG 6]
- « Pour moi, je pense qu'il faut que ce soit chaleureux, il ne faut pas que ce soit froid et trop distant. » [MG 7]

*Rester attentif au non verbal : un moyen additionnel pour comprendre le patient

- « [...] je pense aussi des fois au regard et à l'attitude. Le non verbal, ça oui. » [MG 3]

- « *C'est pas seulement ce qu'il dit, c'est aussi quelqu'un qui va pas bien, sentir au son de sa voix, la manière dont il se positionne, y'a quelque chose qui lui convient pas ou qui va pas [...] et qu'il y'a d'autres soucis hein, et on peut passer complètement à côté de ça. Donc le non-verbal, oui.* » [MG 4]
- « *Après pour certains patients qui, par exemple, n'ont pas l'habitude de se plaindre et qui disent qu'ils ont mal, c'est que vraiment... mais c'est pas la proximité qui fait que je le ressens mieux. J'apprends à voir comment ils se comportent.* » [MG 9]

*Adapter spontanément son attitude : une autre manière de communiquer

- « *ben là, vous augmentez juste physiquement la distance et puis les gens ils le sentent hein. [...] Ah ben je pense qu'en plus, c'est quelque chose qu'on fait assez spontanément, on le fait de manière inconsciente.* » [MG 4]
- « *Après ça se module... je l'ai quand même prise dans mes bras parce que je pensais qu'elle en avait besoin, elle m'a pas sauté dessus mais je l'ai senti qu'elle en avait besoin.* » [MG 11]

*Le toucher relationnel : une autre manière de prendre soin

- « *[...] je les touche pas mal, ça je pense que c'est important, [...] je vais être assez tactile en général, surtout avec les enfants et les personnes âgées aussi.* » [MG 7]
- « *Le toucher, on sait aussi que peut-être avec des personnes âgées, le toucher, ne serait-ce que de prendre une main lorsque les gens vivent des situations très difficiles, ça aide aussi.* » [MG 11]

4.1.1.3 Une place pour la communication informelle

Malgré une relation somme toute codifiée en amont de la rencontre, il existe lors de chaque consultation des contacts spontanés, non anticipés ; permettant de créer un lien entre médecin et patient (ne relevant plus de l'objectif professionnel)

**La possibilité de discussions non médicales, un temps dans la relation humaine*

- «... j'établis toujours une relation avec mes patients d'homme à homme, ce qui fait que l'on passe pas mal de temps ensemble, en plus du temps spécifiquement médical. » [MG 1]
- « On reste médecin, on reste et ensuite si on veut parler des vacances, « zwiit », ben c'est après la consultation, on prend du temps et on parle des vacances ou du chien, ou du chat, ou du cheval de la voisine. [...] et ensuite basculer effectivement sur tout ce qu'on veut, autre... » [MG 3]
- « Alors que ceux qui viennent tous les trois mois, ben ils me disent ce qui a changé ou pas, moi je sais exactement ce que j'ai fait la fois d'avant, donc du coup, ben si la consult va un peu plus vite parce que y'a rien eu entre temps ben on peut se prendre trois minutes pour discuter et petit à petit ça crée une relation plus proche. » [MG 5]
- « Et puis on parle d'autres choses, on connaît la famille, on discute de ci de ça, quand on a le temps. Du coup, y'a plus cette distance, les rapports sont plus confiants. » [MG 9]

**D'autres échanges suite à un « feeling/ressenti inexplicable » avec certains patients*

- « ...évidemment plus avec les uns qu'avec les autres, y'a toujours un feeling.[...] il y a des personnes avec qui on a développé, ce qu'on peut appeler, des atomes crochus pour diverses raisons » [MG 1]
- « c'est sûr qu'on a des atomes crochus avec certains patients, on parle d'autres choses, enfin oui. » [MG 2]
- « il se passe des fois quelque chose entre deux personnes, on sait pas toujours quoi, est-ce que c'est la physique quantique qui joue, est-ce que c'est ?... Voilà... mais je pense que quand il y a une discussion entre deux personnes, entre nous deux-là, des fois il se passe des choses euh... ben voilà, des fois, on sait pas toujours quoi, mais il se passe peut-être quelque chose... » [MG 3]
- « Après aussi c'est une relation humaine, donc euh, un espèce de feeling qui se crée avec certains et pas d'autres. » [MG 5]
- « Une espèce de feeling comme ça qui se met en place dans la consultation, y'a des gens qu'on a plaisir à revoir d'autres qui nous gonflent. » [MG 8]

- « Alors pourquoi est-ce que pour les uns j'accepte et d'autres je refuse ? ça, je ne pourrai pas vous le dire, je sais pas pourquoi, c'est ce que je ressens. » [MG 9]
- « ...puis y'a quand même un feeling avec certains patients. » [MG 11]

4.1.2 S'adresser au patient

4.1.2.1 Le choix du pronom d'adresse selon des représentations

*Le vouvoiement comme une marque de respect et d'individualité

- « le vouvoiement pour moi, c'est euh, une marque de respect, et donc ça veut dire que j'ai en face de moi un individu, dans toute son entièreté qui a... dans toute sa valeur. » [MG 2]
- «[...] j'aurais tendance à dire du respect. » [MG 3]
- « j'y arrivais jamais (à les tutoyer) parce que pour moi, ça invoque quand même une forme de respect, de respect, de hiérarchie etc. » [MG 5]
- « Pour moi c'est une marque de respect de vouvoyer. » [MG 6]
- « Le vouvoiement, ça représente le respect pour moi. » [MG 10]
- « Le vouvoiement c'est aussi une forme de respect dans les deux sens. » [MG 11]
- « Le vouvoiement est respectueux en soi, c'est une marque de respect, même si un « Tu » part de temps en temps sans que ce soit grave, mais la relation de base c'est dans le respect. [...] En plus, le tutoiement, pourquoi ? c'est des gens entre 30 et 50/60 ans, c'est pas parce qu'ils ont un handicap mental qu'on va les tutoyer plus facilement. Moi je pense que c'est une histoire de respect, ça rentre dans un des mots-clefs de respect, du début. » [MG 12]

*La perception d'une distance plus aisée avec l'usage du « Vous »

- « [...] moi personnellement, je me sens beaucoup plus à l'aise dans cette distance. (Avec l'usage du « vous ») » [MG 2]
- « Et puis le vouvoiement permet de dire des choses qu'on a du mal à dire quand on tutoie les gens. Je trouve que ça met une distance qui fait qu'on peut encore dire certaines choses qu'on pourra peut-être plus dire une fois qu'on tutoie les gens.

- *[...] voilà, ça permet de garder une distance, qu'ils comprennent bien qu'on est pas amis quoi, je suis leur médecin. » [MG 6]*
- *« Mais vouvoyer pour moi, c'est le fait de mettre un peu de distance. » [MG 7]*
- *« Je pense quand même que le vouvoiement laisse une distance un petit peu plus grande que le tutoiement. » [MG 8]*
- *« J'essaie d'éviter le tutoiement, ça me paraissait important de garder une certaine distance. » [MG 10]*
- *« Sinon, le vouvoiement ça me paraît être des fois une distance aussi, ça permet de mettre une certaine distance. Le tutoiement, ça ne me gêne pas en soi mais je pense que le vouvoiement et le fait d'appeler les gens par leur nom de famille, je pense que ça permet aussi de dire certaines choses. » [MG 11]*
- *« Mais on va pas se tutoyer...on fait pas la fête ensemble quoi. Faut garder une relation médecin-patient. » [MG 12]*

*Pas de « Tu » car représente le lien amical et génère trop de proximité

- *« Parce que le tutoiement pour moi, c'est une relation amicale et c'est pas une relation amicale. » [MG 5]*
- *« Pour moi c'est le risque d'une dérive vers une relation copain-copain. » [MG 7]*
- *« En fait c'est même pas une question de connaître finalement ; ça rapproche trop je pense vraiment. » [MG 8]*
- *« J'essaie d'éviter, ça donne trop de proximité. » [MG 10]*
- *« ... quand vous avez quelque chose d'un peu difficile à dire à quelqu'un, le tutoiement ça crée une proximité et des fois, c'est pas toujours évident ensuite de poser quelque chose qui fait pas forcément plaisir. » [MG 11]*
- *« Je suis pas pour, parce que je pense qu'on tombe dans le trop proche et je pense que pour être médecin et pouvoir soigner les gens efficacement, je pense qu'il faut qu'il y ait une distance [...] Il y a une distance minimale à avoir et le tutoiement c'est trooop...ça rapproche trop finalement dans le discours et je suis pas pour. » [MG 12]*

*Choix et habitude de tutoyer pour réduire la distance

- « ... pour moi, c'est..., y'a déjà une telle distance culturelle entre nous qui est, ben du fait qu'ils sont le plus souvent d'une autre origine et sinon une distance culturelle ou d'éducation, le tutoiement permet de réduire cette distance. [...] Le tutoiement, alors ça fait longtemps qu'on tutoie pas mal les gens ici. » [MG 4]

4.1.2.2 Un usage provenant de principes

*Vouvoyer, une question d'éducation, un positionnement de base

- « Moi, j'ai toujours eu du mal à tutoyer facilement donc je pense que ça va aussi avec ça [...] Donc euuuuuh, ça s'est un peu dû je pense à mon éducation. » [MG 5]
- « De toute façon, moi dans la vie, j'ai du mal à tutoyer les gens que je connais pas. » [MG 6]
- « Après le vouvoiement, c'est peut-être dans mon éducation. » [MG 11]

*Une règle absolue : vouvoyer les adultes

- « quand il devient adulte et qu'il a 20 ans, 22 ans, 25 ans moi, je le vouvoie. » [MG 2]
- « Je tutoie pas les adultes, aucun adulte, aucun » [MG 6]
- « Je les (patients adultes) tutoie jamais. » [MG 7]
- « Je suis passé au vouvoiement [...] enfin je me suis rendu compte, et ben voilà, c'est plus un bébé, c'est plus un ado ; il est né en 81 donc il a 35 ans... » [MG 9]

*Un vouvoiement impératif, cadrant, face à certains profils de patients

- « Des toxicomanes qui essayent comme ça, d'être très enveloppants, séducteurs et tout ça ; là c'est « Vous » et je ne dérogerai pas du « Vous », pour là ça remet vraiment un cadre. » [MG 4]

*Pas de transition vers le tutoiement au fil du temps

- « Mais par le biais de mon métier, non (je ne tutoie pas). » [MG 2]
- « Mais non, les patients que je connaissais pas avant euh, moi je les tutoie pas. » [MG 5]
- « Y'a pas de patients où je suis passée du vouvoiement au tutoiement. » [MG 8]

L'USAGE FAMILIER OU LE REFLET D'UN RELATIONNEL PARTICULIER, D'UN AUTRE MODE DE CONNAISSANCE DU PATIENT

*Le maintien logique du tutoiement face à des amis ou connaissances

- « Alors par contre, y'a des gens que je connais en dehors de mon métier et qui me consultent, là évidemment, on se tutoie mais ça me paraît logique. Que je connais par l'intermédiaire de la famille, par exemple y'a des copains de mes fils qui viennent consulter ici que j'ai toujours tutoyer et que je continue de tutoyer mais le mode de relation est différent. » [MG 2]
- «Après c'est sûr que si je soigne un voisin, un ami c'est du tutoiement.[...] les gens on les connaît par, pas forcément seulement que par le travail, on les connaît aussi par les activités autres, quand on fait du vélo, du footing, marche ou rando, bon ben là on les tutoie et c'est sûr que le jour où on les revoit ensuite on va pas lui dire « Vous ». » [MG 3]
- « Après ceux que je tutoie c'est mes amis, c'est pas pareil parce que je les connais en dehors, c'est différent. » [MG 8]
- « Oui, parce qu'on a eu l'occasion de se fréquenter dans d'autres contextes que le contexte professionnel. Parce qu'on est bien inséré dans la vie du patelin, on a fait des connaissances fatalement. » [MG 9]
- « Ensuite, les gens que je connais par ailleurs dans le privé qui me tutoient ou ont habitude de tutoiement en dehors du cabinet, je les tutoie. » [MG 11]
- « Après oui, je tutoie mes amis de qui je suis le médecin, parce que y'en a aussi qui viennent de temps en temps. » [MG 12]

*Professionnellement, tutoiement envisageable si réciproque

- « Après j'ai les infirmière d'I. qui est mon fief, maintenant on se connaît bien, on a décidé d'un commun accord de se tutoyer, je pense même que c'est moi qui l'ai proposé mais par contre c'est réciproque, elles me tutoient, je les tutoie. [...] Et mes remplaçantes, pareil, si moi je me permets de les tutoyer, je veux absolument qu'elles me tutoient, ça me viendrait pas à l'idée que, pour moi c'est des collègues. » [MG 5]
- « Alors elle continue à me vouvoyer mais demande à ce que moi je la tutoie, alors tant que les deux choses sont pas réciproques, enfin j'arrive vraiment pas. » [MG 8]

4.1.2.3 Un ajustement selon l'âge et les périodes de vie

*Le tutoiement réservé aux enfants

- « Alors, je tutoie les enfants. » [MG 8]
- « Alors, le tutoiement je dirais que c'est avec les enfants... » [MG 11]
- « Alors je tutoie les enfants jusqu'à 15/16 ans. » [MG 12]

*Continuer de tutoyer naturellement à l'adolescence/âge adulte les patients suivis enfants

- « Ben, c'est sûr que le gamin que j'ai connu tout petit ben, « Pfff », oui c'est « Tu, tu », c'est le tutoiement à l'âge adulte, alors c'est vrai que 20 ans d'exercice, ben on a connu à 5 ans, 6 ans, 8 ans qui maintenant prêt de 30 ans ben y'en a beaucoup que je tutoie. » [MG 3]
- « Maintenant, j'ai des enfants que je suis, je pense que du jour au lendemain j'arriverai pas à les vouvoyer parce qu'ils ont 16, 18 ou 20 ans. » [MG 5]
- « Par contre pour le tutoiement [...] ça va être pour les enfants que je continue de suivre après, je vais probablement continuer à les tutoyer, je pense que je ne me vois pas passer d'un coup au « Vous », du coup avec le temps j'aurais peut-être en effet des patients que je vais tutoyer parce que je vais les connaître depuis qu'ils sont petits. » [MG 7]

- *[...] Les enfants que je suis depuis plus longtemps qui arrivent au stade d'adolescent, je reste sur le tutoiement. [MG 8]*
- *« Dans la mesure où je suis installée depuis 20 ans, donc j'ai suivi des gamins qui sont devenus des adultes et que je tutoie toujours. » [MG 10]*
- *« ...ben notamment avec les enfants, ceux que j'ai vu grandir, que j'accompagne dans leur vie d'enfant, d'ado, de jeunes adultes ; bon voilà. » [MG 11]*

**Un dilemme face aux adolescents : Tutoyer ou vouvoyer. ?*

- *« alors il y a l'adolescent qui a 16 ans qui vient avec ses parents, alors lui, je me rends compte que je le tutoie et quand je le vois seul, je me rends compte que je le vouvoie. [...] alors ce qui est rigolo c'est que j'ai beaucoup de mal à la période intermédiaire, que je le tutoie, je le vouvoie, enfin je sais plus, « est-ce que je l'ai tutoyé avant ? », « est-ce que je le vouvoie maintenant ? », donc ça c'est vraiment, cette situation où la personne que vous avez en face de vous change de statut, j'arrive pas à le gérer. Souvent, ça me fait un peu rigoler intérieurement. » [MG 2]*
- *« c'est vrai que quand j'ai des ados que j'ai pas connu enfant, souvent je me rends compte que j'utilise un peu les deux, souvent j'ai tendance à les tutoyer parce que pour moi c'est encore plutôt des enfants mais je me reprends souvent en me disant ils ont peut-être pas envie et c'est des espèces de pré-adultes donc y'a aucune raison que les tutoie, je les vois pour la première fois, donc euh, j'essaye de les vouvoyer. » [MG 5]*
- *« Alors les ados c'est marrant parce que souvent je les vouvoie, après je les tutoie pendant la consultation. » [MG 6]*
- *« Alors je tutoie les enfants jusqu'à 15/16 ans, après... ben des fois je sais plus trop. » [MG 12]*

**Les jeunes médecins tutoient plus facilement les jeunes adultes*

- *« J'ai souvent posé la question aux internes « à ton avis qu'est-ce qu'il faut faire ? » et bien ils n'ont pas de position, par contre ce que je constate c'est que quand je vois fonctionner des internes, ils sont jeunes nos internes ils ont 25/27 ans, quand ils ont quelqu'un qui a à peu près leur âge, assez spontanément, ils les tutoient. » [MG 2]*

- « Je pense que vous-, euh tutoie moins que je ne tutoyais au début mais euh...au fil du temps. » [MG 4]
- « Je pense vouvoyer les gens, voilà ; même si de temps en temps il y a des gens qui ont mon âge, il peut y avoir un tutoiement qui sort un peu de façon. » [MG 12]

4.1.2.4 En fonction de la fréquence de suivi

*Peu de suivi engendre le vouvoiement

- « Alors est-ce que ça m'arrive d'en vouvoyer certains ? ... peut-être, ceux que j'ai rarement vus. » [MG 3]
- « Après c'est compliqué parce que y'a des gens que j'ai tutoyé dans un moment, puis je les revois dans un moment plus tard et je les r'vouvoie et donc là, quand c'est pas des gens que je vois tout le temps... [...] le souci c'est qu'on est aussi dans une structure où les gens tournent pas mal donc euh, [...] et du coup, il peut y avoir des longs moments où je les vois pas et donc l'adolescent on l'a pas forcément beaucoup vu et donc je peux oublier que je l'ai tutoyé quand il était plus jeune et si je le revois 10 ans après, je vais le vouvoyer quoi, c'est pas figé. » [MG 4]
- « Ce matin, je me suis surpris à voir un jeune que j'ai connu tout petit, ça faisait longtemps que je l'avais pas vu, parce qu'il est pas souvent malade, et puis je l'ai vouvoyé. » [MG 9]
- « De la même manière, comme moi je suis originaire du coin, y'a des gens que j'ai connus à l'école que vous n'avez pas revus depuis 20/ 30 ans, vous ne savez pas trop si faut les tutoyer ou les vouvoyer, on se pose la question. » [MG 11]

4.1.2.5 Des possibilités d'adaptation dans l'interaction

*Un choix selon son ressenti

- « Les gens de mon âge ou les gens de 30, euh non 40 ans, je sais pas, je me suis pas fixé de règle, mais je pense que je suis quand même beaucoup dans le « Vous ». » [MG 3]
- « Y'en a où j'ai accepté le tutoiement, sûrement parce qu'ils me semblaient plus sympathiques...Son épouse par contre, je la vouvoie. Y'a pas forcément le même ressenti. » [MG 9]
- « Après c'est un petit peu en fonction de la personne. » [MG 11]

*Interroger la préférence du patient devenu adulte

- « ... je leur poserai la question, quand ils seront ados, je leur dirai « voilà maintenant, vous devenez des adultes enfin, tu deviens un adulte, on se connaît depuis que t'es petit mais je peux te vouvoyer puisque t'es un adulte, comme tes parents que je vouvoie etc », je pense que je leur poserai la question et que ça dépendra de chacun, dans la communication. » [MG 5]
- « ...alors le patient m'a dit « mais arrêtez de me vouvoyer, vous m'avez toujours tutoyé », donc c'est lui qui a demandé à ce que je continue à le tutoyer. Donc je suis re-passé au tutoiement par rapport à ce qu'il a souhaité. » [MG 9]
- « Quand ils deviennent adultes, souvent je leur demande si je peux encore les tutoyer, parce que bon comme je suis installée depuis 14 ans j'en connais bien certains. [...] Mais c'est vrai que à partir de la majorité, je demande si je peux encore les tutoyer ou comment, ça dépend. » [MG 11]

*Le tutoiement accepté si signe d'aisance du patient

- « Finalement, c'est le « You » anglais, on remplace le « Tu » par le « Vous ». Finalement, souvent le « Tu » c'est une façon de, les gens sont plus à l'aise dans le tutoiement. Mais là, je peux remplacer le « Tu » par le « Vous », ça modifie quasi pas la relation de soins, en tout cas j'ai l'impression, ça ne me rapproche pas spécialement de lui. » [MG 9]
- « C'est un signe finalement qu'ils sont à l'aise, donc c'est pas un si mauvais signe. » [MG 12]

LE POSITIONNEMENT VIA LES PRONOMS D'ADRESSE

VOUS

TU

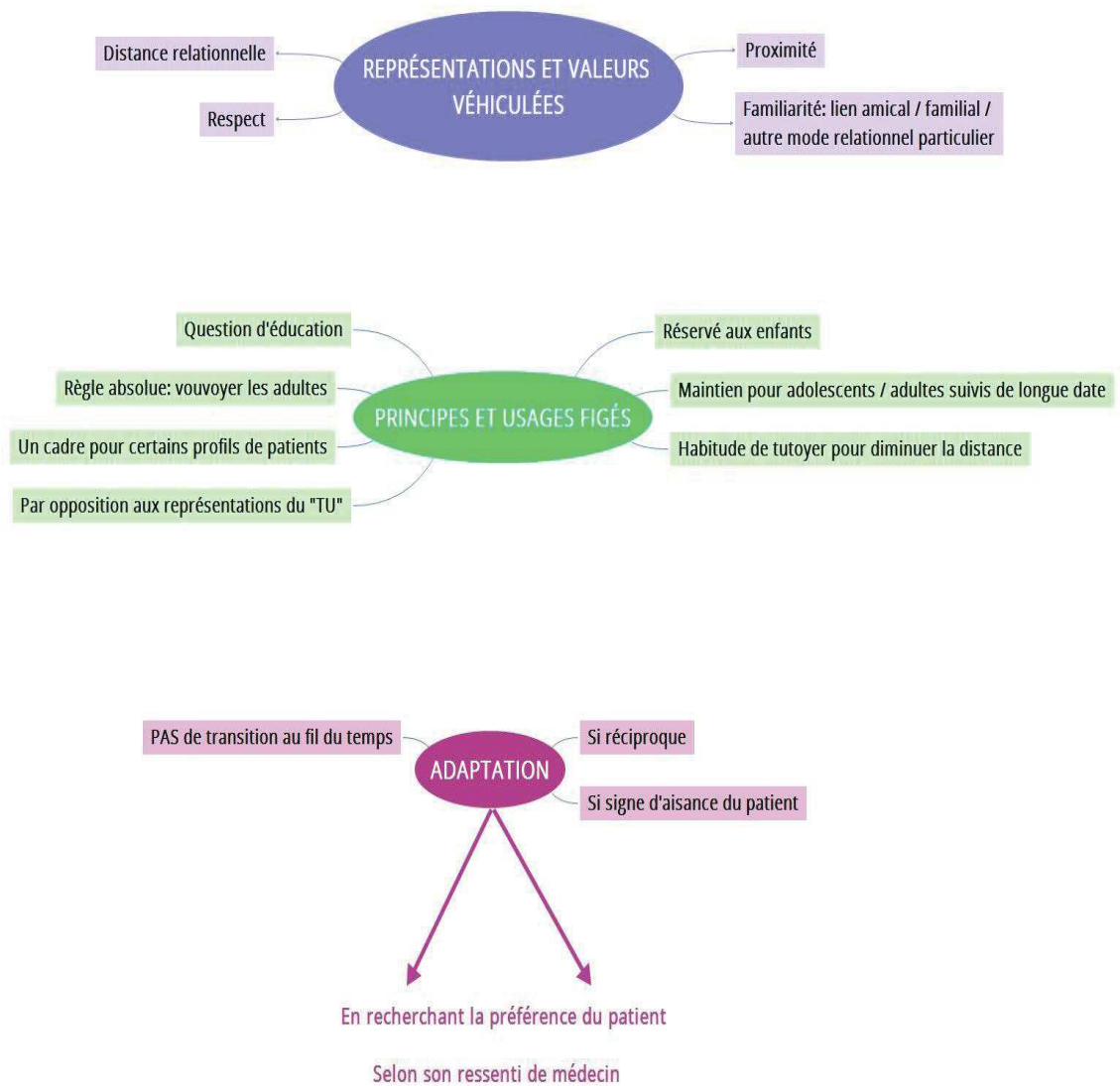


FIGURE C : SCHÉMA RÉSULTATS (III)

Les déterminants de l'usage des pronoms d'adresse

4.1.3 Gestion de l'espace - physique et relationnel

4.1.3.1 L'adaptation de la distance physique

*L'organisation de son espace de travail

- « Je vous donne un exemple tout bête, mon dossier (de chaise), il a à peu près la même hauteur que le vôtre. Donc même au sens physique, ça me semble important, et le bureau que vous voyez ici m'a bien plu parce c'est un bureau arrondi et on peut se mettre plus ou moins près, plus ou moins loin. Je sais pas si vous avez remarqué, si on est ici (en me montrant), d'ailleurs vous vous êtes mise relativement loin... [...] Donc, dans l'organisation de son espace de travail, c'est important, ça passe par des détails comme ça ; maîtriser son espace de travail. » [MG 2]
- « ...il me faut de la place pour écrire, alors une distance comme ça, ça me paraît raisonnable. » [MG6]
- « Ah ben oui, je pense que le fait qu'il y ait le bureau [...] mais le fait de s'asseoir chacun face à face, assis à la même hauteur et que je puisse prendre des notes ; je pense que c'est important. » [MG 11]

*Ajuster la distance physique selon les situations /..savoir se rapprocher

- « Alors y'a des patients, je suis prêt à me mettre à côté du patient et euh... Voilà... C'est, surtout dans les problèmes psychologiques, être à côté du patient, c'est beaucoup plus important que d'être séparé par un bureau. Et euh... voilà... je crois que la communication passe beaucoup mieux. » [MG 3]
- « Bon, comme les choses étaient pas vraiment dites, c'était pas très clair euh, les choses ont un peu tourné comme ça et puis ... et puis là vous voyez, il suffit juste de retirer la chaise de dix centimètres (rires) ben là, vous augmentez juste physiquement la distance. » [MG 4]
- « Je maintiendrais avec eux une distance spécifiquement beaucoup plus grande, peut-être même physique. D'ailleurs, on en parlait je disais non, mais là du coup, y'aura peut-être même une plus grande distance physique aussi en particulier avec le premier qui a déjà eu des comportements ... » [MG 5]
- « C'est vrai que quand les gens viennent me voir pour souvent me dire qu'ils vont pas bien, syndrome dépressif ou burn-out, enfin des choses relativement graves ou tristes sur le plan émotionnel, j'ai tendance à m'asseoir à côté deux en fait et à plus être derrière le bureau à une distance plus importante, donc c'est quelque chose qui est important. » [MG 8]

- « Vous ne prenez pas en charge de la même manière quand vous le regardez en face ou quand vous êtes assis à côté de lui sur un banc ou à une table, vous faites autre chose... [...] Dernièrement, j'ai annoncé une tumeur à une patiente qui vit vraiment un truc très dur, c'est vrai qu'à la fin de la consult, je l'ai quand même prise dans mes bras parce que je pensais qu'elle en avait besoin. » [MG 11]

4.1.3.2 Discerner distance physique mais aussi relationnelle

*Différencier l'espace physique de l'espace relationnel entre médecins et patients

- « Alors, je vais poser d'emblée la question, c'est quoi la distance ? La distance bureau-patient ou la distance euh... relation euh... la proximité médecin-patient ? » [MG 3]

*Examen clinique : Temps incontournable de proximité physique

- « bon après y'a le moment de l'examen où on touche le patient, on est proche physiquement. »
[MG 11]

*Le respect de l'intimité dans toutes ses dimensions

- « L'approche, il faut toujours l'obtenir avec l'accord de son patient. [...] on respecte quand même la distance d'intimité, je pense que c'est important, [...] la distance intime il faut la respecter. » [MG 1]
- «...j'essaye quand même de garder, de ne pas voir euh... enfin le serment d'Hippocrate... [...] Parce qu'une autre patiente je me souviens avait fait la remarque une fois, j'étais jeune médecin installé ici, elle avait changé de médecin parce que son ancien médecin lui avait dit « Ah cette commode-là, elle est bien, si vous voulez vous en défaire, je suis preneur », et ça avait vraiment pas plu à la personne, elle l'avait mal vécu, mal ressenti à juste titre. » [MG 9]

4.2 Prolongation d'une relation professionnelle hors cabinet médical

4.2.1 Le paradoxe des visites à domiciles

L'acte de visite à domicile peut représenter un paradoxe. Pour certains se sentant moins disponibles, cet acte peut être vécu comme une contrainte mais peut en parallèle, permettre une prise en charge plus adaptée.

4.2.1.1 Une contrainte

*Sans repères, le médecin mal à l'aise en visite

- « [...] c'est différent, on est reçu chez eux et en même temps on est quand même chez eux, on n'a pas la même position. Ici c'est chez moi, là-bas c'est chez eux, on est plus invité quoi, donc on s'assoit gentiment, on regarde autour, y'a le chien, voilà. » [MG 6]
- « J'ai déjà fait des visites dans des maisons insalubres et y'avait pas de lumière, avec qui je me suis battue avec les chiens au milieu, alors j'ai dit tout de suite « c'est le chien ou moi. » [MG 10]

*Un relationnel impacté par la mauvaise impression de pouvoir être dérangé à tout moment

- « ...ben forcément, j'en veux aux gens de m'appeler le soir alors que j'ai envie de rentrer, ou que je suis invitée ou que j'ai autre chose à faire quoi, ou que j'ai une réunion et du coup, ça va impacter la relation forcément si leur demande me dérange au moment où ils la font, forcément c'est compliqué. Ça peut un peu envahir la relation, l'espace relationnel. » [MG 4]

*De mauvaises conditions d'examen : le constat d'une perte de temps et de qualité au niveau médical

- « Pour moi le domicile ça n'a pas beaucoup d'intérêt. Sur le plan médical, c'est une perte de temps et on n'est pas dans des bonnes conditions pour examiner... » [MG 2]
- « Je dirais que c'est plus difficile parce que je suis fatiguée de faire des visites à domicile et que du coup, c'est compliqué de trouver le temps et tout ça... » [MG 4]

- « C'est quelque chose que j'essaye de limiter parce que c'est chronophage mais ... Déjà, je pense que c'est de moins bonne qualité, ça faut être honnête. Je pense que les gens qu'on voit au cabinet, on les déshabille plus facilement, on les pèse plus, on a nos outils d'examen...A la maison c'est un peu plus, un peu laborieux. » [MG 6]
- « ... mais au niveau médical c'est plus compliqué, vous êtes pas chez vous, [...] les conditions d'examen sont parfois difficiles. [...] Donc à domicile, j'ai des patients très lourds, déments, qui me prennent énormément de temps par leurs pathologies et la lourdeur des choses...» [MG 10]
- « 9 fois sur 10 y'a pas de problème (médical) à gérer. [MG 12]

4.2.1.2 Une prise en charge qualitative

*Moins de pression au niveau du temps de consultation

- « En visite, malgré tout, je prends plus de temps parce que y'a pas le suivant en salle d'attente, y'a pas le chrono qui tourne pour les rendez-vous. » [MG 5]

*Une contrepartie qui peut améliorer le suivi thérapeutique

- « Comme c'est des personnes âgées, ça facilite un peu, parce que je vois où elles habitent comment elles vivent et ça c'est important je crois.. » [MG 7]
- « Et puis le fait de voir les gens à la maison, vous pouvez aussi anticiper certaines difficultés. Y'a des choses dont les gens n'osent pas trop demander, ou ne savent même pas que ça existe, des fois pour faciliter la vie, ça permet d'adapter une prise en charge. » [MG 11]

4.2.1.3 Un temps humain précieux

*Le sens d'une visite plus relationnelle que médicale

- « Certains me demandent de venir, je dis « bon là c'est stable, je peux venir que dans 2 mois », « alors non, venez quand même dans un mois même si y'a pas grand-chose de médical, ça me rassure, je peux poser des questions, etc. »

[...] il y a une famille, où je vais voir le papy grabataire et je reste à chaque fois une heure parce qu'ils sont un peu désemparés et du coup, ils sont tout le temps avec ce malade et c'est vrai que je me dis bon moi je discute un peu avec eux » [MG 5]

- *« ...mais bon la visite c'est une visite relationnelle plus qu'une visite médicale clairement. Pour eux, c'est du lien social et puis c'est de la visite relationnelle, là on est dans la relation médecin-malade avec un aspect médical sous-jacent s'il y a un problème mais bon. » [MG 12]*

**Un lien positif, une capacité d'humaniser la relation. (qui rapproche)*

- *« Alors là, vous êtes face à deux vieillards, ils vous racontent ça alors je dis « tiens, ben la prochaine fois, faut que vous me montriez des photos, etc. » Donc alors, qu'est-ce c'est que ce type de relation? Moi je sais pas, est-ce que c'est une relation d'amitié ? Est-ce que ? Euh ... moi, je conçois ça comme des gens qui sont vieux, qui sont inquiets, et puis j'essaye quand même de les ramener quand même à des souvenirs plus sympas de leur vie antérieure. [...] Moi, ça m'arrive assez souvent à des grand-mères de leur faire sortir, enfin leur faire sortir... les vieilles photos, les photos de mariage, du machin, du truc, et c'est vrai que moi je trouve c'est des moments sympas. » [MG 2]*
- *«... je suis chez eux donc forcément on discute, y'en a un qui va me montrer son jardin, l'autre qui va me montrer la photo du dernier qui est né donc forcément on prend plus de temps, on est plus proche. » [MG 5]*
- *« ...on est forcément plus proche, ça favorise les liens de proximité, on parle souvent d'autre chose. » [MG 6]*
- *« Et puis elles me montrent des photos de la famille de ce qui s'est passé le week-end d'avant et y'a des mamies chez qui je bois le café et y'a aucune ambiguïté là en dessous, c'est plutôt positif pour moi. » [MG 8]*
- *« Mais c'est vrai que parfois quand on est à domicile, les gens vous montrent des photos, donc on a le droit au...enfin, je regarde poliment mais je fais quand même attention de ne pas aller trop loin mais ça fait partie de la relation. Si eux prennent l'initiative de montrer parce que bon voilà... » [MG 9]*
- *« Moi des fois je passe 15/20 minutes d'entretien médical et puis on passe encore 10/15 minutes, je bois un coup à chaque fois, elle me sert un petit sirop et c'est le moment où on papote un peu. » [MG 11]*

*Le médecin, un interlocuteur privilégié face à la solitude des patients suivis à domicile

- « ...plus proche aussi de certains chez qui je vais à domicile parce que déjà, ils voient que moi, puisqu'ils ne viennent pas au cabinet donc euh, [...] Voilà, c'est une réponse un peu à leur solitude, donc d'eux, je me sens un peu proche. » [MG 5]
- « Ben, on est proche des gens quand même parce qu'on est chez eux, ça c'est sûr ; après c'est vrai que les gens que je vois à la maison moi, ils ont entre 80 et 100 ans. [...] Mais c'est sûr que quand je vais les voir à la maison y'a quelque chose d'un peu différent, ben parce que c'est des papys mamies tous, ils sont tous très gentils ; c'est différent, c'est le côté un peu cliché du médecin voilà. » [MG 6]
- « ... j'ai pas beaucoup de visites à domicile et que les visites à domicile que j'ai, c'est que des petites mamies bien sympathiques donc c'est vrai que c'est un contact beaucoup plus proche. C'est du suivi et mes petites mamies et moi, c'est une belle histoire ! » [MG 8]
- « J'ai une mémé elle était toute contente de me montrer les photos du mariage de sa petite fille, je les regarde ; je pense ça aurait été un affront si je ne les avais pas regardées. Le médecin, au bout d'un moment, fait un peu partie d'une sphère peut-être pas familiale mais relativement proche. » [MG 9]
- « Et puis je dirais aussi qu'il y a des gens, je me rappelle notamment plusieurs personnes âgées que vous allez voir, en dehors de l'infirmière et du facteur, ben le médecin c'est du lien social. [...] Elle attend avec impatience ma visite et c'est vraiment le moment important. Y'a des gens quand même, ils ne voient plus grand monde et c'est important. » [MG 11]

*Une sensation de proximité liée à la découverte du milieu de vie/intimité des patients

- « ... après forcément c'est plus, on est dans l'intime, on les voit dans leur lit, chez eux ; c'est différent, on est reçu chez eux et en même temps on est quand même chez eux. » [MG 6]
- « C'est pas mal pour les personnes âgées. Elles sont plus à l'aise d'être chez elles et moi ça ne me dérange pas. » [MG 7]
- « Oui, effectivement je pense que ça peut rapprocher un peu plus, on voit mieux les gens dans leur environnement, par rapport aux gens qu'on voit exclusivement au cabinet. Du coup, on rentre quand même dans l'intimité des gens. » [MG 9]

- « ... j'aime bien parce qu'on va chez les gens et on voit un peu l'environnement dans lequel ils vivent. »
[MG 10]
- « Oui, je pense que ça facilite quand même la compréhension car quand vous voyez les conditions de vie de certaines personnes. [...] ça vous révèle quand même certaines difficultés que rencontrent les patients et qu'ils ne vont pas vous avouer, soit par pudeur, soit par peine. [...] Et je pense que le suivi à domicile ou de connaître les gens dans leur environnement, je trouve que ça apporte quand même à la relation.
[MG 11]
- « Oui, parce qu'ils sont dans leur environnement et que c'est moins étranger pour eux » [MG 12]

4.2.2 Multiplicité et gestion des moyens de correspondance (hors cabinet) avec les patients

4.2.2.1 L'utilisation du mail : une pratique controversée

Tandis que certains médecins revendiquent une communication aisée mais professionnellement cadrée avec les patients via une adresse mail, d'autres réfutent clairement pour ne pas se sentir submergés.

*Correspondre par mail est plutôt fréquent

- « Par contre par mail c'est fréquent. » [MG 1]
- « Alors le mail, de plus en plus. [...] Je dois communiquer par mail avec les patients 3 ou 4 fois par semaine, ça reste encore gérable mais je sais pas ce que va devenir l'exercice de la médecine dans les années qui viennent. » [MG 2]
- « Mail, oui. Alors euh... mon adresse mail est sur les ordonnances. [...] c'est vrai que y'a beaucoup de patients qui ont mon adresse mail et je leur réponds, quelle que soit ... j'allais dire quelle que soit l'heure ... » [MG 3]
- « Alors, par mail, oui. » [MG 4]
- « Mail oui. » [MG 5]
- « Par mail, oui c'est possible. » [MG 7]
- « Par mail aussi. [MG 9]

*Un usage formel et cadré

- « Alors je leur dis, si jamais en cas d'urgence je ne consulte pas mes mails tous les jours. [...] Ça a commencé comme ça et moi j'ai commencé à mailer des ordonnances pour les patients qui étaient en panne que je connaissais bien, ou des trucs que j'avais oublié de leur prescrire voilà donc je les appelle, ou un changement de posologie je maile juste une ordonnance ou une bio à faire. [...] J'ai eu une fois un patient qui m'a envoyé un mail pour râler à propos de je sais plus de quoi [...] donc je lui ai répondu par mail que la boîte de mail n'était pas faite à cet usage-là, donc voilà, j'ai envoyé un mail le soir même en lui disant que c'était pas dédié à ça la boîte mail et ça s'est arrêté là, y'a aucun souci.[...]» [MG 5]
- « Du coup, j'ai recadré, j'ai dit « Non ça c'est la dernière fois, je réponds pas par mail » [MG 7]
- « Et après des gens à qui je demande de me donner des nouvelles, plutôt que d'être dérangé par le téléphone, je leur demande de me faire un mail en leur donnant mon adresse mail et je leur dis que c'est pour ça et y'a pas de débordement. Sur les mails, je n'en ai pas. » [MG 12]

*Intérêt d'une boîte mail à destinée professionnelle

- « Mon adresse mail est sur les ordonnances. Euh ... c'est une adresse fourre-tout hein, c'est vrai que je devrais la dédier plus à ça, du pro. » [MG 3]
- « Alors j'ai un mail professionnel. [...] ça s'est venu après parce que je me suis rendue compte que c'était pratique et que ça pouvait servir à certains qui devaient me ramener un compte-rendu qu'ils ont oublié, comme ça ils peuvent me mailer le soir et pas attendre la consult d'après. [...] Le mail au début je le donnais qu'à certains et maintenant j'ai créé une nouvelle adresse qui est l'adresse du cabinet donc elle est commune pour ma collègue et moi, c'est l'adresse du cabinet et euh, elle est sur les cartes de visite et les ordonnances. » [MG 5]

*Un respect général de la part des patients et une liberté de réponse appréciée par les médecins

- « ...mais je suis pas submergée de demandes par mail. » [MG 3]
- « Y'en a quand même pas beaucoup qui en abusent... » [MG 5]
- « Bon c'est assez limité, en général les gens respectent. » [MG 7]

- « Par mail, je le fais un petit peu, comme ça, ça laisse une liberté justement, si j'ai envie de répondre, je réponds, si je n'ai pas envie de répondre, je ne réponds pas. Après les infirmiers qui fonctionnent par mail, ça marche bien. Je trouve que ce n'est pas envahissant le mail, ça laisse la possibilité de répondre quand on en a envie, j'allais dire si on en a envie, bon bien sûr si y'a un truc grave il faut répondre. » [MG 12]

*Parfois, choisir de ne pas transmettre pour limiter l'envahissement

- « Ben mail euh, en fait mes patients ils ont pas mon mail globalement, pour être bien claire. » [MG 4]
- « j'ai jamais mis mon mail, alors je sais que la loi voudrait qu'on mette son mail et tout ça mais c'est hors de question, moi je le mettrai jamais.[...]et parce que c'est intrusif. » [MG 6]
- « ... je l'ai donné une fois ou deux à d'autres qui n'avaient rien et je me suis trouvée bombardée de mails tous deux jours pour des conneries, j'ai trouvé que c'était trop. » [MG 7]
- « pareil mon mail je le donne à personne non, en ayant même une adresse mail professionnelle, je ne le donne pas. » [MG 8]
- « Le harcèlement pour avoir mon mail, mais ça c'est énorme, imaginez que je commence à faire des consultations par mail. » [MG 10]
- « Par mail, je ne souhaite pas non plus. Je demande aux gens qu'ils me laissent un message et ça marche bien. » [MG 11]

4.2.2.2 La transmission du numéro de portable : une crainte générale, des exceptions très spécifiques

Globalement, les médecins interviewés appréhendent et choisissent de ne pas communiquer leur numéro de portable aux patients. Ils en dérogent face à des conditions médicales bien particulières.

*« Jamais mon numéro personnel ! »

- « ...mais le téléphone hors du cabinet ça s'est hors de question. » [MG 5]

- « Non, non et ça c'est vraiment un truc auquel je tiens [...] les patients en aucun cas n'ont mon portable. [...] Moi, j'ai jamais mis mon portable comme certains sur l'ordonnance. » [MG 6]
- « J'espère qu'elle a pas donné mon numéro à quelqu'un d'autre mais je ne pense pas.[...] j'ai fait que les choses s'arrêtent [...] parce que les gens vous appellent le soir à 21h, vous appellent le samedi après-midi, vous appellent le dimanche matin et pensent que vous êtes joignables en permanence » [MG 8]
- « Je donne pas mon numéro de portable perso par exemple. [...] Mais moi, j'ai toujours essayé de me préserver comme ça, de ne pas donner mon numéro de portable. » [MG 11]

*Le téléphone portable peut être envisagé comme un outil professionnel

- « C'est pas systématique mais le portable quand quelqu'un me le demande, je le donne, c'est un outil professionnel mais je leur dis bien que par exemple le dimanche, je ne le consulte pas systématiquement. [...] Enfin, j'ai pas de portable privé, j'ai que ce portable professionnel. Parfois, je suis en vacances et il arrive que j'aie un coup de fil d'un patient sur mon portable, à ce moment-là, je leur dis qu'il faut appeler le fixe pour joindre le remplaçant. » [MG 9]
- « Maintenant je fais les gardes avec mon portable et ça arrive que les gens gardent mon portable et quand je vois que y'en a qui commencent à m'appeler, de toute façon je ne réponds pas. » [MG 10]
- « ça c'est pareil le téléphone, je dis aux gens que je ne peux pas toujours répondre, quand je suis en entretien ou en séance d'ostéo, je ne peux pas non plus tout lâcher. » [MG 12]

*Exceptions réalisées dans des situations médicales très particulières (Accompagnement fin de vie...)

- « Pour ce qui est du téléphone portable, moi je le laisse à des gens qui sont en situation compliquée, qui ont besoin de me joindre sur le téléphone. » [MG 2]
- « SMS, téléphone, alors ça c'est exceptionnel, ça peut être un patient en fin de vie où on donne le numéro de portable. » [MG 3]
- « ... par téléphone, alors j'ai quelques patients à qui j'ai laissé mon numéro de portable euh ... alors je l'ai beaucoup fait pour des patients russophones parce que ben, je voyais pas comment ils allaient appeler ma secrétaire. [...] y'a une famille où la grand-mère va pas bien et en fait ils m'appellent pas, en

fait ils m'envoient des messages par SMS pour, je trouve ça très discret quoi, parce que ça me laisse le temps et ça me dérange pas. » [MG 4]

- *« ...le numéro de portable c'est exceptionnel, je ne le donne vraiment qu'aux gens qui sont en soins palliatifs ou chez qui je m'inquiète et je pense qu'il peut y avoir vraiment un problème, sinon je donne pas. » [MG 7]*
- *« J'ai donné une seule fois mon numéro de téléphone dans un cas bien particulier, c'était un patient en fin de vie à domicile où l'épouse gérait tout du début jusqu'à la fin et on s'était mis d'accord que le patient voulait plus être hospitalisé mais c'est vrai que je lui ai donné mon numéro de téléphone pour qu'elle puisse me joindre en cas de problème, juste pour la rassurer elle car l'épouse était très anxieuse. [...] C'était un contexte bien particulier. » [MG 8]*
- *« Donner un numéro perso pour être joignable, je l'ai fait pour une patiente qui est maintenant décédée, qui était en fin de vie. [...] Y'a un autre patient qui est schizophrène que j'ai repris, j'ai laissé mon numéro de téléphone à sa mère qui m'appelle souvent une fois pendant mes vacances quand même, pour essayer de savoir quoi faire... [...] Alors après, c'est déjà arrivé pour un patient que je suivais, il était en fin de vie, j'avais laissé mon numéro de téléphone perso pour être appelé pour aller faire le certificat. C'est des cas très précis. » [MG 12]*

**Malgré la crainte, conscience que les patients respectent le cadre du médecin.*

- *« ...mais en fait des gens qu'abusent j'ai jamais eu, franchement je suis très très peu appelée, très peu sollicitée par ce moyen-là. » [MG 4]*
- *« (elle) me demandait de lui donner mon numéro de téléphone que je lui ai donné sans hésitation et elle m'a jamais appelé. » [MG 8]*
- *« mais non, en général ils sont assez respectueux. » [MG 11]*

4.2.2.3 Globalement, pas de place médicale pour les réseaux sociaux

Majoritairement, les réseaux sociaux, option supplémentaire de contacts entre médecins et patients, ne semblent ni être approuvés ni choisis pour communiquer avec les patients. Leurs usages restent privés, hors champ médical. D'autres ne les utilisent pas par mesure de sécurité et de protection.

*Pas d'emploi car peu d'intérêt pour ce type de technologie

- « Mais bon, peut-être je suis vieux-jeu aussi et un peu technopathe. » [MG 4]
- « Je suis peut-être de la vieille génération malgré mon jeune âge mais je suis pas du tout sur les réseaux sociaux, même dans ma vie privée, je sais même pas comment ça fonctionne donc j'ai pas eu ce genre de problème. » [MG 5]
- « Ecoutez, non, je n'y suis pas, ça règle le problème. Je connais pas Facebook, je connais pas Twitter, en fin de compte je suis tout à fait étranger à ça. » [MG 9]
- « ...parce que moi je ne suis pas du tout réseaux sociaux, je suis un petit peu ancienne génération, alors qu'il y en a de ma génération qui sont sur Facebook et compagnie. » [MG 11]

*Une utilisation uniquement privée

- « C'est un compte privé mais je l'utilise quasiment jamais, je regarde les conneries de mes fils dessus (rires) et puis voilà quoi, en gros c'est à peu près ça. » [MG 2]
- « J'ai un compte Twitter mais clairement syndicaliste. » [MG 6]
- « Après c'est pareil, j'ai mes amis qui viennent me voir (sur les réseaux) mais qui étaient déjà mes amis avant, mais qui ne profitent pas justement des réseaux sociaux pour poser des questions en rapport avec mon travail. » [MG 8]

*Non-utilisation pour éviter la sollicitation et/ou par mesure de sécurité et protection identitaire

- « J'utilise pas les réseaux sociaux (rires) pour éviter ce genre de choses (la sollicitation des patients) [...] mais les réseaux je n'y vais pas volontairement. [...] pis après je me méfie un peu des réseaux sociaux parce qu'on sait pas toujours où ça file. » [MG 1]

- « Ben d'abord, puisque les amis de mes amis sont mes amis, finalement on se rend compte qu'il y a des gens extrêmement jeunes qui sont sur Facebook, enfin des ados, des gens comme ça, il est évident que je vais pas commencer à être ami d'un patient ado. » [MG 2]
- « Non, non, Facebook j'y étais, j'y suis plus, [...] je l'ai enlevé [...] j'étais sous un pseudo donc c'était impossible de me trouver, pour qu'en aucun cas, aucun patient puisse jamais me retrouver » [MG 6]
- « J'ai eu des invitations de liens sociaux mais en fait, je fais plus, même Facebook, j'ai mis en stand by, je fais plus. » [MG 12]

*Possibilité rare de liens si intérêts communs extra-médicaux

- « y'en a certains que j'ai acceptés parce que des fois, ça devient quand même... je vais pas dire que ça devient des amis c'est quand même des gens qu'on côtoie un petit peu mieux ou différemment... En l'occurrence, là, j'ai un photographe que j'ai en amis, c'est pas pour la santé mais c'est plus pour voir ses photos pour voir euh, et puis alors de temps en temps c'est pour avoir des échanges mais voilà ça s'arrête là hein. » [MG 3]

*Très peu de sollicitations à des fins médicales

- « Oui, c'est exceptionnel aussi, Messenger, Facebook messenger, pour communiquer, pour me demander un RDV, pour me demander quelque chose. Mais c'est exceptionnel quand même, ça arrive une fois tous les 6 mois. [...] Euh, je suis quand même très très peu sollicité par Facebook » [MG 2]

*Choisir de ne pas répondre aux demandes de liens extra-professionnels

- « Alors, y'a des gens qui me demandent, enfin, je suis sur Facebook comme tout le monde, mais y'a des gens qui me demandent d'être leurs amis et je vois des patients ; alors forcément évidemment on voit de tout. [...] Quand les patients recherchent, je réponds pas. » [MG 2]
- « Pour les demandes d'amis, y'en a certains que j'ai refusés. » [MG 3]
- « Alors, bon moi je suis pas trop sur les réseaux sociaux, mais j'ai une adresse Facebook alors j'ai vu que y'a des patients qui m'ont demandé en amie et puis j'ai jamais répondu et puis c'est tout hein. » [MG 4]

- « Non, jamais et si jamais y'en avait un qui essayait, je ne répondrais pas. » [MG 7]
- « Une seule, c'est d'ailleurs celle qui m'a demandée de la tutoyer, qui m'a demandée en tant qu'amie sur Facebook mais j'ai pas répondu et je pense que je le ferai pas. [MG 8]
- « Ah oui bien sûr, Facebook, j'ai mis mon truc sur Facebook et j'ai donc des patients qui demandent régulièrement à être amis mais bien sûr je refuse. » [MG 10]
- « Par contre, c'est vrai que des groupes de discussion via mon adresse Gmail, j'ai déjà des patients qui ont essayé de rentrer en contact avec moi, des demandes, en fait c'est le même système que Facebook. Alors des fois, j'ai pas relevé, un patient, je pense que c'était un peu un plan drague, j'ai pas relevé, je le vois, j'ai fait comme-ci de rien n'était, comme-ci je n'avais rien vu et puis bon. Mais ça c'est arrivé l'une ou l'autre fois. » [MG 11]

*Un moyen de communication inadapté au maintien de la distance professionnelle

- « je suis pas persuadée que ce soit une bonne chose de communiquer via les réseaux sociaux parce que c'est pareil, pour garder une distance relative, je suis pas sûre que ce soit une bonne chose. » [MG 8]
- « Je suis un petit peu hors de ça, alors certainement que je suis un petit décalée mais c'est aussi dans le sens de me préserver, je pense que les choses...enfin les choses utiles qui me concernent, les personnes qui doivent le savoir, le savent. » [MG 11]

4.2.2.4 Une gestion importante à définir

Le médecin généraliste est souvent amené à devoir communiquer avec le patient sur son état de santé hors du temps de consultation. Selon les interviewés, il est impératif de s'organiser.

*Limiter et organiser = dominer son emploi du temps et se préserver

- « D'abord parce qu'on se noie dans le temps, je pense qu'il faut aussi dominer son timing sinon on se perd dans des tas de choses. » [MG 1]
- « Non, non, ça, ça me pose pas de problème, ben y'en a pas tellement chez moi, ils m'appellent sur le fixe du cabinet et ils ont maintenant la possibilité d'envoyer un mail. » [MG 5]

- « je l'ai arrêté pour d'autres raisons, parce que je trouvais que ça me prenait énormément de temps, c'était du temps perdu en fait. » [MG 6]
- « Je mets ça dans le même style que donner son numéro de téléphone, donner son adresse mail, je suis pas sûre que procéder de cette façon soit une bonne chose, ça me permet de garder moi une distance certaine c'est clair mais...ma petite bulle à moi. » [MG 8]
- « Alors là par contre, c'est depuis le premier jour que je me bats contre ça, c'est toxique ! Y'en a qui insistent gravement, faut pas le faire. C'est des tentatives de consultations, ça veut dire du travail en dehors du boulot. » [MG 10]
- « C'est pour ne pas me sentir oppressée que je fonctionne comme ça. Ça permet d'avoir une espèce de tranquillité. » [MG 11]

*Un principe : Toujours joignable par téléphone pour les urgences médicales

- « sinon quand il y a quelque chose d'urgent, de médical c'est le téléphone. » [MG 5]
- « voilà y'a une permanence, ils s'adressent au médecin qui est là sinon ils posent la question de quand l'autre sera là, y'en a toujours un qui assure l'urgence. [...] Y'a toujours quelqu'un de joignable, si c'est en terme d'urgence médicale ; pour le reste, ça peut attendre. » [MG 11]

*Choisir à qui l'on transmet

- « Mais je ne le (le mail) transmets qu'à certains. » [MG 2]
- « Si on reste qu'au patient, non. » [MG 3]
- « ...pareil pour les mails. Exceptionnellement, je l'ai donné à un patient en Thaïlande parce qu'il avait une maladie, enfin bref, mais déjà là. » [MG 6]
- « Par mail, oui c'est possible mais je ne le donne pas à tout le monde et le numéro de portable c'est exceptionnel. Et le mail, c'est pareil qu'à certains qui vont avoir des pathologies sévères. » [MG 7]

**Utilisation de filtres indirects*

- « Du coup, on a réagi à travers un secrétariat téléphonique qui filtre les appels. » [MG 2]
- « j'ai un moyen détourné pour qu'on puisse m'appeler, c'est l'infirmière libérale qui a mon numéro de portable qui peut m'appeler, voilà. » [MG 3]
- « Nous on est dans un groupe de cinq, nos secrétaires sont là de 7h30 à 19h15 le soir. Elles, elles ont mon portable. » [MG 6]
- « Sinon non, ils passent par le cabinet ou bien par l'adresse mail du cabinet. [...] j'ai fait que les choses s'arrêtent et les gens m'appellent en passant par le cabinet si c'est d'ordre professionnel. » [MG 8]
- « En fait, nous on travaille en association, en alternance, si y'a vraiment quelque chose quand je suis pas là, ça passe par mon associé qui m'en informe. [...] De la même manière, quand on est tous les deux là, celui qui fait les visites a les appels, comme ça celui qui est en consultation est tranquille ; soit il prend les messages il les transmet de façon urgente, soit les gens rappellent dans le créneau horaire. » [MG 11]
- « Et sinon quand il y a un problème maintenant, j'essaye de passer par les infirmiers ou je fais un échange par mail pour qu'il y ait justement une distance supplémentaire et éviter d'être en relation directe. » [MG 12]

**Relayer à la permanence de soins*

- « Mais on est ici en médecine de ville, là le téléphone, il est branché sur répondeur, en cas d'urgence appeler le 15. » [MG 2]
- « si ça ne répond pas, ils font le 15 pour demander ce qu'ils doivent faire [...] par contre ils vont jamais mourir parce que y'a pas de médecin, donc euh, si jamais j'suis pas là. » [MG 5]
- « Donc quand je suis pas de garde, mes confrères qui sont de garde gèrent ces patients. y'a une permanence des soins qui est quand même assez complète, y'a des hôpitaux, y'a quand même du relai. [...] il est déjà arrivé que certaines personnes me rappellent le dimanche sur ce numéro, je leur ai expliqué que je n'étais pas le médecin de garde du jour et qu'il fallait rappeler le 15 et que ce numéro-là il fallait l'oublier. » [MG 12]

4.3 La rencontre interhumaine

4.3.1 Une ouverture vers le patient

Lors de la rencontre avec le patient, ce dernier se retrouve au centre des préoccupations. Le médecin va donc ajuster en fonction de l'individualité de chacun.

*S'adapter en fonction du patient

Au profil du patient

- « Dans certaines circonstances, on peut être amené parfois à avoir des attitudes différentes [...] le genre de cas où il pourrait y avoir un côté un petit peu plus dirigiste. [...] Je pense qu'il faut toujours dire les choses, après c'est une histoire de nuances. Il y a des choses que chez certains on va dire de façon plus ferme, un peu dirigiste, d'autres au contraire où on va être plus ouvert où on va laisser un peu à la personne découvrir ce qu'elle devrait faire en lui suggérant certaines choses et la laisser faire. » [MG 1]
- « Sinon, j'ai pas de schéma tout fait, c'est très dépendant du patient. [...] avec celui-là, ça va être plutôt maternelle, paternaliste et avec celui-là ça va plutôt être je lui dis quoi faire, c'est comme ça, pas autrement et y'a pas le choix c'est pas négociable ; certains ont besoin plus ou moins entre guillemets d'être engueulés euh, c'est comme ça que ça marche. [...] je sais qu'avec certains, il faut que je sois un peu plus souple donc ça dépend vraiment qui j'ai en face de moi. » [MG 5]
- « ...ça permet quand même de mieux prendre en charge les patients, quand on connaît un petit peu leur mode de fonctionnement, parce qu'on sait que y'a différents profils. J'essaie vraiment de m'adapter au profil du patient. [...] je pense qu'il faut s'adapter. Y'a des patients avec qui on aura des relations très pros, qui vont faire que l'on garde une certaine distance. [...] Après je dirais que je m'adapte aussi en fonction des profils, y'a aussi des patients qui aiment garder une distance qui sont très, voilà ; faut s'adapter, il ne faut pas être fixé dans une attitude. Après y'a des patients qui obéiront, vous leur direz de faire quelque chose et ils vont tout faire bien consciencieusement et y'en a d'autres de toute façon, ils résistent, ils sont opposants, vous avez les différents profils psychologiques. » [MG 11]

Au niveau social

- « J'essaie vraiment de me mettre à la portée des gens. » [MG 2]

À l'individualité

- « ...comment ces deux entités là se rencontrent et comment est-ce qu'on accède à ce que le patient pense, comment il vit les choses... etc...parce que sinon on va projeter sur lui notre manière de penser et ça c'est sûr que ça fonctionne pas. » [MG 4]
- « On essaie de s'adapter aux patients, alors comment on le fait ? ...[...] Je me suis adapté à ce dont il avait besoin parce qu'il a l'air d'être plus à l'aise mais ça ne modifie pas mon regard de professionnel. » [MG 9]
- « ...après il faut savoir adapter aux personnes en fonction de leur volonté, surtout ça quoi, ce à quoi les gens sont prêts à adhérer, c'est pas toujours évident. » [MG 12]

À l'âge

- « C'est adapté après ma patientèle est très variée, entre les patients plus âgés, les patients tout petits, les nourrissons. » [MG 8]

Au motif/demande

- « ...la distance n'est pas la même entre, par exemple, un renouvellement d'ordonnance et quelqu'un qui vient pour un syndrome dépressif ou la perte d'un être proche, c'est pas la même chose ; donc à adapter. » [MG 8]
- « ...c'est-à-dire pouvoir même pouvoir opter pour plusieurs modes de traitement, que ce soit du traitement allopathique, du traitement alternatif ou de l'homéopathie, tout en étant quand même au clair avec eux. [...] Je crois qu'il faut savoir adapter. » [MG 12]

*Une écoute active

- « ... c'est que les gens viennent ici avec un problème de santé, si...alors [...]de la pathologie enfin, où les gens s'inquiètent, ils se posent des questions, ils se sont faits des films, ils sont allés sur internet, ils ont cru comprendre des choses et voilà, ils viennent avec tout ça, avec leurs inquiétudes et donc il faut savoir tenir compte de tout ça. » [MG 2]
- « ...alors ça c'est primordial et c'est de rester à l'écoute mais faut aussi entendre ce que dit le patient. » [MG 3]

*Une distance de respect n'empêche pas l'adaptation.

- « La distance ne doit pas empêcher de savoir se mettre à niveau. [...] donc savoir se mettre au niveau des gens mais en même temps en gardant la distance, c'est complètement les respecter. » [MG 2]
- « Le juste milieu ...c'est de pouvoir proposer une prise en charge adaptée tout en gardant un respect réciproque, je pense. » [MG 8]

4.3.2 Confrontation avec le « Moi-soignant » (et ses besoins)

Face au patient, les soignants sont aussi amenés à prendre conscience de leur « Moi-soignant ». Ainsi, ils réagissent ou modulent leurs comportements vis-à-vis du soigné en fonction de leur propre nature et subjectivité.

*Besoin de rester à sa place de médecin même si proximité avec le patient

- « Ça reste mes patients et je reste leur médecin, même si on peut s'entendre très bien et échanger sur plein de choses, il faut que ça reste Patient/Médecin, c'est vraiment un truc que je pense qui fait partie de mes idées de fonctionnement, voilà. » [MG 5]
- « Moi, j'essaie quand même de rester professionnel. » [MG 9]
- « Maintenant je crois que je reste de mon côté, je reste à ma place de médecin ; je suis médecin. Moi j'essaie de rester professionnelle, même pour ma famille, moi maintenant de garder une distance, ils m'ont demandé d'être médecin donc j'essaie de cadrer le truc et de rester médecin. [...] Moi, je suis une vraie bombe dans mon cabinet. En fait, je reste très professionnelle dans mon boulot, je cadre vraiment les choses ; j'écoute les patients et j'essaie de leur poser des questions stratégiques, je suis pas là pour raconter ma vie. » [MG 10]

*Rester vigilant et systématique même si sensation de bien connaître les patients.

- « ...alors, faut pas non plus se faire avoir parce que voilà ceux qui se plaignent tout le temps, le jour où ils se plaignent de nouveau, on fait pas attention. » [MG 6]

- « Y'a toujours le risque de louper un truc pour ces patients-là, c'est ceux qui sont le plus dur à soigner, c'est clair et faut toujours que je garde un esprit systématique, faut que je les examine toujours même si je me dis « ça va être encore la même chose ». Avec toujours le truc « je le connais peut-être, mais bon » » [MG 7]
- « Mais malgré tout, le fil conducteur c'est qu'il faut rester vigilant sur ça, je trouve. [...] il faut veiller à ça : « pourquoi tu viens, qu'est-ce que tu as ? », Examen clinique, être systématique. [...] C'est un côté un peu folklo, sympa mais je suis dans la même vigilance. » [MG 9]
- « ...puis moi ça me rassure aussi parce que je me dis si je suis plus systématique, plus pro, voilà. » [MG 11]

*Savoir discerner temps médical et « autre »

- « ...dans le cabinet ça devient pro, c'est très scindé. » [MG 1]
- « Si je le vois au cabinet, on parle pas du cheval, du chien ou du chat mais on parle de sa santé ; d'autant que s'il avait quelques petits problèmes de santé. » [MG 3]
- « ...j'arrive bien à faire la part des choses et à leur dire « bon maintenant on passe au médical », enfin ça, ça marche très bien, j'arrive à passer de l'un à l'autre. » [MG 5]

*Prendre conscience des intentions du patient

- « Donc, j'ai en face de moi un adulte avec ses difficultés, ses envies de me rouler dans la farine, de me mentir, de me raconter des craques, mais moi je le sais, j'en suis conscient. Donc il est là et moi je suis là avec des propositions claires. » [MG 2]

*Son propre ressenti : baromètre pour se positionner

- « ...maintenant je le sais et avec d'autres je suis un peu plus souple parce que je sens que ça servirait à rien de négocier et vaut mieux qu'ils fassent un minimum. » [MG 5]
- « C'est plutôt en termes de ressenti plutôt que de fréquence ou de suivi... [...] Pareil, l'exemple aussi, c'est ceux qui veulent que l'interne soit avec ou pas en consultation, c'est des choses qu'ils n'ont pas forcément

besoin de me dire mais je sais que ça va pas passer. [...] je sais qu'il va falloir que je bloque un créneau horaire de plus ; le patient fait qu'il va falloir que je prenne du temps, c'est parce que je le ressens. » [MG 8]

- *« Mais je veux dire cette jeune qui a perdu son père, j'ai pas de nouvelles, je l'ai revue une fois après voilà. Mais, je la revois pas de façon régulière, c'est pas pour autant que...mais disons voilà. Donc, c'est pas que la fréquence. Le suivi peut favoriser mais pas que, parce que y'a des gens de qui on se sent proche alors qu'on ne les a vus qu'une fois... » [MG 12]*

**Une distance pour se protéger.*

- *« Moi, je mets beaucoup de barrières, j'essaie de me protéger. » [MG 6]*
- *« C'était peut-être pour se protéger un petit peu quoi, je me demande si c'est pas un certain manque d'assurance au départ... » [MG 9]*
- *« C'est quand même un lourd problème que de gérer la santé des gens et donc j'ai tout de suite senti le besoin de rester le médecin et de garder certaines distances. » [MG 10]*
- *« Le vouvoiement c'est pour essayer de garder une certaine distance et moi face à mon métier, j'essaie quand même de préserver ma sphère privée. [...] Le but c'est quand même de soigner les gens et de pas vous rendre malade pour eux ! » [MG 11]*

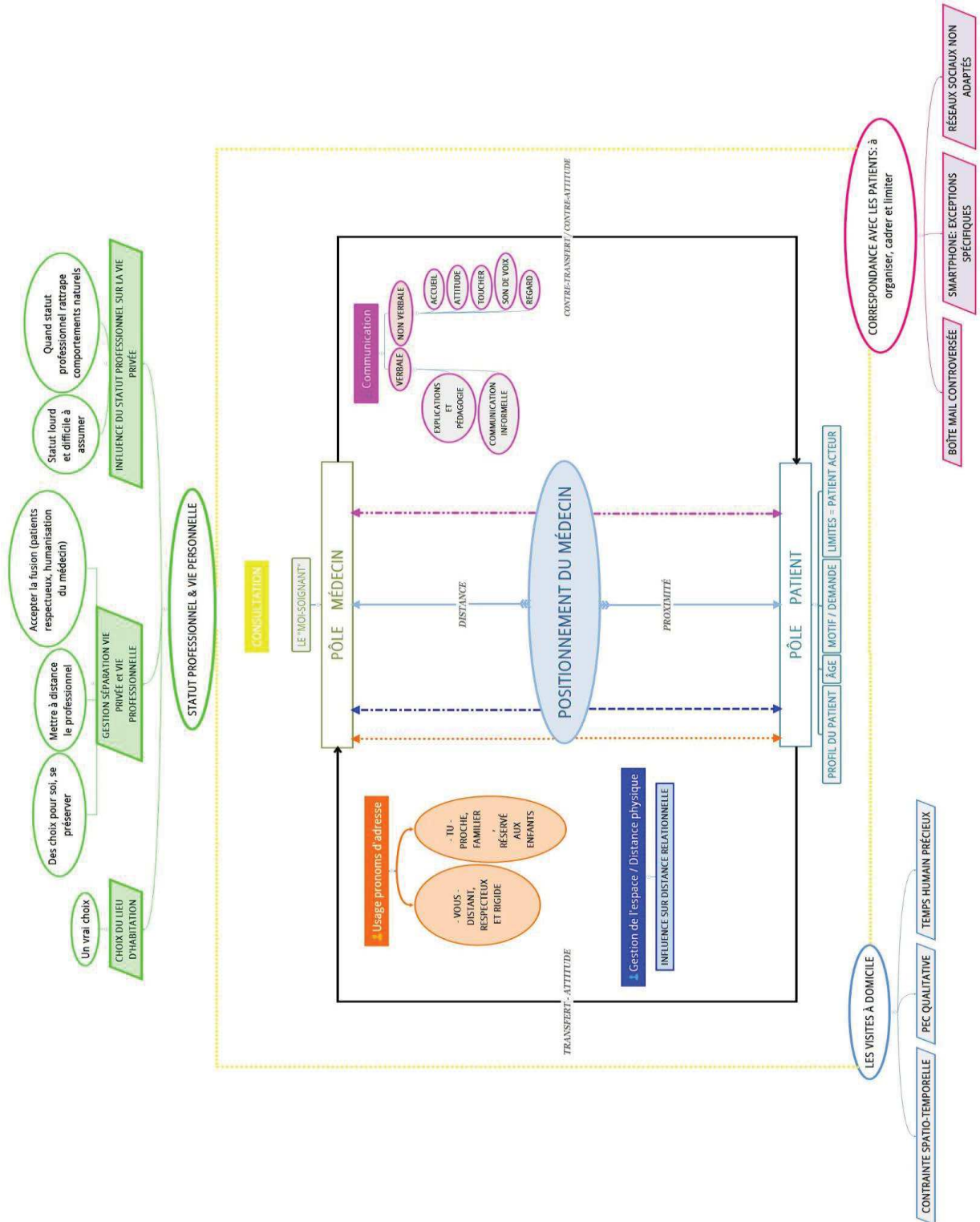


Figure D: SCHÉMA SYNTHÈSE (IV) -

La pratique, dans la réalité de l'interaction avec le patient

5. Réalité de la proximité relationnelle Médecin-Patient en médecine générale

5.1 Une question générant le malaise ?

Je formule ce résultat sous forme de question car il est pour moi, plus du l'ordre du ressenti et du non verbal lors des entretiens.

En effet, la plupart des médecins interviewés ont paru initialement plutôt gênés par le fait d'aborder la question de la proximité relationnelle avec les patients.

Lorsque l'on aborde les questions de distance et proximité :

*Des praticiens semblant gênés par la question

- « Je suis enregistré, il ne faut pas que je dise de bêtises ... (rires) » [MG 1]

*Des réactions d'opposition

- **Alors, j'aurai aimé savoir si un jour vous aviez déjà éprouvé des difficultés à vous positionner avec un ou des patients que vous connaissiez bien** (devant insister pour terminer ma phrase) **et qui avaient pu devenir proches dans le temps mais qui initialement ne l'étaient pas ? Alors je précise bien je ne parle pas de la famille, des amis ; des patients suivis qui ...** (coupée)
« Des patients qui soient devenus des amis, pour moi, il n'y en a aucun. » [MG 2]

5.2 Et pourtant, une proximité relationnelle possible

5.2.1 Un lien de proximité d'ordre professionnel

*Via une bonne connaissance de ses patients

- « ... donc maintenant je les connais et je sais. » [MG 5]
- « Par exemple, y'a un monsieur l'autre jour, c'est un monsieur grand discret qui vient toujours très gentiment, il vient pour ses pathologies tout ça et l'autre jour il vient me voir en me disant « ça fait trois jours que j'ai un peu mal au ventre », connaissant la personne...un autre m'aurait dit ... [...] Lui, me

disant « j'ai un peu mal au ventre depuis trois jours », je savais que si lui, il me disait qu'il avait mal, il avait vraiment mal.» [MG 6]

- « Après y'a un côté plus facile parce que je connais à peu près, au fur et à mesure, ceux chez qui quand ils me disent « ça va pas », faut vraiment que je m'inquiète parce qu'en général, y'a un vraiment un truc qui va pas et qui viennent pas pour n'importe quoi. » [MG 7]
- « Le fait que je connais très bien leur histoire. [...] j'ai pu évacuer tout parce que je connais bien mes patients. [...]. Moi je connais toute l'histoire des gens et tout ce qu'il y a derrière... » [MG 10]

*Se sentir proche avec une distance de respect

- « Bon y'a des patients où j'ai des relations d'amis oui mais pas de façon poussée à l'extrême, y'a toujours eu d'un côté comme de l'autre, je vais pas dire une distance mais un respect » [MG 1]
- «... des relations très fortes mais ça toujours été dans le respect de l'un et de l'autre avec le vouvoiement. » [MG 2]

*Une relation puissante et engagée (comparée au fonctionnement d'un couple)

- « C'est une relation de deux êtres, je crois c'est une espèce de symbiose mutuelle [...] comme dans un couple, ça pourrait arriver à une rupture comme dans un couple, c'est à peu près le même mode de vie quoi ». [MG 1]
- « je pense qu'il y a eu les liens qui ont été très forts entre elle et moi, en tout cas de mon sens vers elle, du sien aussi. » [MG 2]

*Un enjeu émotionnel fort sans liens d'amitié

- « ... c'est des liens qui sont forts, qui sont marquants sur le plan personnel mais qui ne sont pas des liens d'amitié ou de camaraderie. [...] c'est vrai que c'est des expériences qui sont de l'ordre de l'intime, qui sont extrêmement fortes, mais on n'est pas dans la relation amicale. » [MG 2]
- « Oui, ben de toute façon les patients avec lesquels on noue des liens plus proches, ça n'est pas si fréquent que ça finalement. » [MG 9]

- « Je suis proche de certains patients mais ça dépend comment on l'entend. J'ai des attachements avec certains patients, j'ai des grand-mères qui sont mortes, on avait des supers liens mais c'est un lien qui n'a jamais dépassé le rôle du médecin. [...] On peut être proche sans être amis. » [MG 10]
- « Y'a rien à faire, y'a quand même des gens avec qui, même si la relation reste au niveau du cabinet, même si ça débouche pas sur une relation amicale hors exercice professionnel, y'a des gens qui ont des personnalités intéressantes, donc je pense qu'il y a des liens plus particuliers avec certains patients même si y'a pas d'autres intérêts et c'est vrai qu'on peut se sentir plus proche. » [MG 11]

*Des ressentis non verbalisés

- « je pense qu'il y a eu les liens qui ont été très forts entre elle et moi, en tout cas de mon sens vers elle, du sien aussi je pense mais on a jamais rien dit, jamais rien verbalisé. [...] ...mais c'est, c'est du non-dit, c'est pas verbalisé, c'est pas formalisé. » [MG 2]

*Une proximité thérapeutique possible grâce à la posture et à la distance professionnelle

- « ...ils vont souvent très très loin dans la confiance mais je pense que cette confiance, à mon avis, elle est possible parce qu'il y a la distance, autrement elle ne serait pas possible. » [MG 2]
- « je peux être très proche dans l'écoute mais à ma place de médecin et ça doit pas dévier vers une autre proximité. » [MG 5]
- « Alors, il faut faire attention parce que parfois les gens vous demandent aussi votre avis, des conseils, c'est pas toujours facile justement de garder la bonne distance et de ne pas se mêler plus, c'est difficile de rester neutre mais de ne pas s'entendre dire après « ben enfin, c'est vous qui m'avez dit ... GESTION DE LA JUSTE DISTANCE » [MG 11]

5.2.2 Partage et liens au-delà du professionnel

*La possibilité de partager des intérêts communs extra-professionnels

- « ...il peut y avoir des partages qui sont un peu plus conséquents. [...] donc là on peut avoir effectivement des relations autres que professionnelles. » [MG 1]
- « ...des patients que je vois du coup au moment où l'association fait certaines manifestations les week-ends, donc c'est pas fortuit, enfin c'est des choses programmées donc je les croise à ce moment-là. » [MG 8]
- « ça m'arrive donc de croiser certains patients en dehors de l'exercice médical via des loisirs ou... mais c'est pas fréquent. » [MG 9]
- « y'en a quand même, c'est plutôt quand y'a un partage,[...] on a partagé autre chose dans d'autres circonstances. [...] Après dans les loisirs, oui j'ai des loisirs dans des clubs locaux donc je rencontre des patients [...]je trouve que ça va. » [MG 11]

*Des affinités naturelles comme dans toute relation Humaine

- « C'est comme toute relation humaine, il y a des personnes avec qui on a développé, ce qu'on peut appeler, des atomes crochus pour diverses raisons. » [MG 1]
- comme ben, avec certains parents d'élèves je m'en sens plus proche alors qu'on n'a rien en commun à la base, avec certains collègues je me sens plus proche qu'avec d'autres, donc juste, au niveau de la relation humaine. » [MG 5]
- « Après, c'est sûr que y'a certains patients, on accroche plus parce qu'ils ont le sens de l'humour, parce qu'ils sont plus agréables ; voilà c'est une relation humaine. [...] C'est vrai qu'on est dans une relation humaine où il y a forcément de la proximité. » [MG 9]
- « C'est pas évident parce qu'on est dans une relation interhumaine donc à partir de là, y'a forcément des affinités, y'a forcément des gens de qui on se sent plus proche avec lesquels on serait presque tenter de partager plus. » [MG 12]

5.3 Facteurs déterminants de la proximité relationnelle

5.3.1 L'impact du temps et du suivi

5.3.1.1 L'Histoire commune entre médecins et patients génératrice de liens

*Via la durée de la relation

- « ...à la fois une histoire commune entre des patients comme ça qu'on connaît depuis aussi longtemps, [...] y'a quand même des relations spéciales... » [MG 2]
- « ...des gens dont je suis proche, alors je sais pas si on peut appeler ça proche mais c'est sûr qu'il y a des gens avec qui j'ai construit une histoire qui a 30 ans et c'est une histoire qui a 30 ans... [...] un monsieur que je connaissais depuis 16 ans [...] avec qui on a fait plein de trucs, enfin voilà y'a eu toute une histoire de vie... Une dame aussi que je connais depuis 25 ans, toute son histoire, enfin voilà c'est ... » [MG 4]
- « Fatalement, y'a des gens que je suis depuis plus de 30 ans, fatalement ça crée des liens.» [MG 9]
- « Ce qui fait un lien, c'est l'ancienneté...» [MG 10]
- « Si le suivi est plus long, il peut être plus propice à devenir proche des gens. » [MG 12]

*Via l'intensité des moments partagés et des épreuves médicales traversées

- « J'ai eu des relations très très fortes, euh on peut dire avec des patients que j'ai suivis pendant très longtemps et qui ont eu des grosses grosses pathologies que j'ai vu très souvent [...]. » [MG 2]
- « C'est peut-être quand il y a eu des événements de vie importants ou des..., que on est passé par des moments forts entre nous quoi qui ont ...dans la relation. » [MG 4]
- «[...]c'est clair, par l'histoire finalement. Un exemple, y'avait un patient que j'avais suivi [...] pas très longtemps parce qu'il est mort assez rapidement, mais du coup, sa femme continue à le faire. Donc ces dernières années, j'ai droit à une pâtisserie locale. Donc c'est clair que ça crée des liens » [MG 9]
- « C'est la bataille qu'on peut mener avec les gens, ça, ça crée un lien. » [MG 10]
- « Je trouve que même quand on vit des situations difficiles avec les patients, après ça crée quand même un lien de confiance ou même un lien, ne serait-ce que d'habitude. » [MG 11]

*Via la fidélité des patients

- « Alors les gens qui sont fidèles, que vous avez suivi dans des problèmes de santé graves ou problèmes personnels, y'a un lien, quelque chose qui se crée. Des fois, je suis surprise que les gens restent aussi longtemps mais y'a des gens qui sont fidèles toute la vie. » [MG 10]

*Via la connaissance réciproque de l'entourage, de la vie personnelle

- « C'est clair que y'a des gens au bout de 30 ans, on est plus proche, ils connaissent plus de choses de ma famille, je connais plus de choses de leur famille. » [MG 11]

5.3.1.2 Le suivi de familles rapproche

- « ...aussi avec certains dont je suis toute la famille parce que ça fait un élan de proximité. » [MG 5]
- « Ben quand on a suivi 20 ans des patients voire des familles complètes, y'a forcément un lien qui se crée. » [MG 10]
- « Après, ce qui est enrichissant aussi, c'est de prendre en charge des familles, les enfants, les petits-enfants. » [MG 11]

5.3.1.3 Conséquences d'un suivi plus régulier avec le même médecin*Une meilleure connaissance

- « y'a une patiente que j'ai suivi pendant 25 ans, que je voyais toutes les semaines pendant 25 ans, [...] enfin c'était un bouquin de pathologies à elle toute seule et je l'ai connu de l'âge, je pense qu'elle avait 60 ans lorsque je l'ai connu et je l'ai accompagné jusqu'à...[...] je l'ai accompagnée quasiment jusqu'à la fin, jusqu'à l'âge de 85 ans. » [MG 2]
- « Et il y'a aussi quelque chose au niveau de la proximité mais chronique que je vois soit tous les mois, [...] ben je suis aussi plus proche je me rends compte, enfin quand ils viennent sur rendez-vous car je les vois vraiment très régulièrement donc je sais beaucoup de choses tant au niveau médical qu'au niveau

de leur vie et donc je suis plus proche de ceux-là que les chroniques qui viennent sans rendez-vous et qui viennent une fois chez moi, une fois chez ma collègue, une fois chez la remplaçante. » [MG 5]

- *« Y' a des gens que je vais voir plus souvent, qui ont des histoires particulières. » [MG 7]*

**Un lien d'attachement progressif*

- *« Euh ça, effectivement, donc je dirai effectivement on s'attache à des patients. » [MG 3]*
- *« ...maintenant y'en a certains auxquels je me suis beaucoup plus attachée quoi et ça c'est sûr que ça vient avec le temps, l'attachement et puis voilà y'a des gens qu'on connaît vraiment depuis longtemps. » [MG 6]*
- *« Après les gens qu'on voit plus souvent parce qu'ils ont une pathologie chronique, on les voit plus souvent, ça génère un lien d'attachement finalement. Je pense que le suivi peut créer ça. J'en pense qu'il y a un lien d'attachement qui se fait avec le temps » [MG 12]*

**Une amitié susceptible de se tisser*

- *« ... il y a des patients qui sont devenus des amis. » [MG 1]*
- *«... les gens qu'on connaît un petit peu mieux euh, [...] dans l'évolution d'un exercice, ben y'a des gens qui peuvent devenir des amis ou des gens proches, qu'on apprécie plus que d'autres. » [MG 3]*
- *« Ah oui clairement, y'a des patients avec qui, je pense qu'il y a des liens d'amitié qui se créent automatiquement, au fur et à mesure. » [MG 7]*
- *« ...fatalement ... qui sont devenus des relations amicales...Bon...amicales, si on peut le dire. » [MG 9]*
- *« Et puis après y'a des gens que j'ai connu via le cabinet avec qui je suis devenue amie, avec qui j'ai une relation amicale, mais on parle pas, enfin c'est agréable, c'est devenu des amis. » [MG 11]*
- *« ...peut-être parce que y'a une espèce de lien presque amical quelque part qui se fait avec le temps. » [MG 12]*

5.3.2 Les exceptions au cadre : un pas vers le rapprochement

5.3.2.1 Liées au patient : situations accueillies positivement par le médecin

*Les projections positives des patients à l'attention du médecin

- « ...elles me connaissaient d'avant et elles sont très contentes que ce moi qui vienne, la petite jeune et tout machin. » [MG 8]
- « Y'a quand même des patients qui me suivent un peu par affection comme ça ou qui pensent que je suis un bon médecin. [...] ou qui me suivent alors qu'on a eu des liens forts en dehors déjà de ça, donc ça s'est biaisé. » [MG 10]

*Le patient empathique

- « je me souviens toujours d'une patiente... et cette femme, moi je me souviens , elle était dans une situation absolument épouvantable, elle pouvait pas sortir de son lit, fallait prendre un verticalisateur, enfin bon, c'était un truc de fou quoi et moi quand je venais le mardi matin faire les visites quand elle voyait que j'étais mal, mal embouché ou fatigué et c'est elle qui me remontait le moral , c'était un truc extraordinaire quoi. » [MG 2]
- « ...je pense que les patients ressentent (l'affect du médecin) quand même. » [MG 3]
- « ...mes petites mamies et moi, c'est une belle histoire ! (rires) Je pense que c'est une empathie réciproque.[...] elles me demandent souvent comment ça va , si je suis bien intégrée, enfin elles se soucient un petit peu de moi aussi donc c'est un échange qui est hyper intéressant » [MG 8]

*Une capacité de compréhension et discernement de la part du patient, simplifiant les rapports

- « ...en fait quand la relation elle est de qualité, les gens disent « voilà, je vous demande ça, ça m'arrangerait que vous le fassiez mais si vous voulez pas le faire, je comprendrais que vous refusiez », vous voyez donc y'a pas non plus cette espèce de pression dedans, dans ces cas-là je trouve que c'est correct quoi. » [MG 4]
- « Ça s'adapte vraiment, en fonction de leur intellect surtout, y'en a qui arrivent bien à faire la part des choses eux-mêmes donc là on peut avoir une distance un peu plus, un peu moindre, une relation un peu

plus amicale et puis avec d'autres il faut vraiment s'attacher à maintenir cette distance pour qu'ils confondent pas justement copine et médecin. » [MG 5]

*Des attentions bienvenues avec certains patients, dans certains cas...

En fonction des personnes

- « Ça me gêne pas...alors ça dépend qui, je n'accepterai pas de n'importe qui. » [MG 4]

Si raisonnable/cohérent

- « si c'est un cadeau qui reste dans la limite du raisonnable, je dirai « pourquoi pas ? » Après si c'est mille euros, ben là c'est plus du raisonnable. Euh voilà, juste pour donner une idée si c'est une boîte de chocolats ou un pot de miel ou quelque chose de ce type, ben là ça ne me pose pas de problème. » [MG 3]
- « Alors quand c'est les petits Bredele faits maison à Noël, y'a aucun problème, quand ils arrivent avec leurs gâteaux qu'ils ont fait pour Noël, trente paquets, un pour le facteur, un pour le maire et un pour le médecin, y'a aucun problème. » [MG 5]
- «...après y'a cadeau et cadeau hein, y'a des patients qui m'envoient des cartes de vœux tous les ans qui en font pas des tonnes et qui font ça discrètement. » [MG 6]
- « Si c'est un cadeau une fois par an ça va [...] ça dépend comment c'est fait. » [MG 10]

Si signification particulière

- « l'autre jour, j'ai reçu de l'huile d'olive parce que j'ai des patients siciliens et moi je suis allée en Sicile en vacances et donc on en était venu à parler de la Sicile et ils m'avaient raconté que tous les ans, ils cultivaient les olives en Sicile dans la famille et donc ils sont venus avec l'huile récoltée mais parce qu'on en avait parlé donc là je vais pas dire que j'en veux pas, là y'avait l'histoire avec, je savais d'où ça venait. » [MG 5]
- « Y'a des cadeaux, là y'a une mamie qui m'a donné un coupe-papier, je lui avais dit qu'il était joli, mais en aucun cas je le voulais, la fois d'après elle me l'a donné. Ben voilà, ça c'était gentil, je sais bien qu'elle l'a pas fait pour m'acheter puisque voilà y'a pas lieu de choses comme ça. » [MG 6]

- « Bon j'ai une dame qui a 84 ans qui me fait des cadeaux régulièrement, elle est un peu âgée, ça fait des années que je la suis. Régulièrement, elle me donne deux euros de plus, voilà j'ai mes deux euros, c'est un espèce de jeu comme ça. Elle me met aussi un pâté dans la sacoche, d'ailleurs il est encore dedans (rires) » [MG 9]

Si sentiment de reconnaissance à l'égard du médecin

- « Ben les cadeaux, on en reçoit de temps en temps, alors c'est, je dirai le cadeau, c'est quand même une marque de confiance du patient [...] j'ai eu récemment euh un cadeau, un beau livre (regarde son portable qui vibre) euh d'un patient, suite au décès d'un patient que je suivais depuis 20 ans, c'est tout hein. Après, y'en a pas tant que ça... Pour moi, c'est une marque d'amitié du patient et une marque de reconnaissance du patient et de l'entourage. » [MG 3]
- « y'a des gens chez qui je vais et je sens que c'est leur, ça fait partie des choses qui leur font plaisir, moi ça me coûte pas grand-chose, ça me permet aussi d'emmenner des internes ou d'autres gens enfin c'est pas juste moi, c'est euh, voilà, c'est aussi une manière pour eux de payer une dette, voilà, ça me gêne pas... » [MG 4]
- « [...] donc des petits cadeaux comme ça, là c'est vraiment avec plaisir parce que c'est quelque chose qui vaut pas grand-chose mais ils savent qu'ils vont vraiment me faire plaisir et effectivement ça me fait vraiment plaisir et là je sais très bien, je les connais, je sais que c'est pas pour avoir un passe-droit, pas du tout. » [MG 5]
- « Ben je remercie, j'accepte en général parce que je vois que ça fait quand même plaisir aux gens, je me vois pas leur dire « non, j'en veux pas de votre truc quoi », donc ouais j'accepte et je remercie. » [MG 7]
- « je l'avais encouragé à faire la déclaration en maladie professionnelle, donc financièrement c'était quelque chose d'avantageux pour lui et lui pour Noël, m'offrait des pâtisseries tous les ans. » [MG 9]

5.3.2.2 Les ressentis du médecin : des projections positives à l'égard du patient

*L'exemplarité voire le modèle de courage de certains patients

- « y'a des patients qui sont décédés auxquels je pense encore assez souvent, donc y'a un lien qui s'est fait parce que c'est des gens qui ont été exemplaires pour moi mais y'a pas eu de lien amical ou de choses comme ça quoi. [...] Je pense qu'on a tous dans nos clientèles des patients qui nous ont marqué par leurs attitudes et qui même pour nous, enfin oui, sont des exemples de vie quoi. [...] c'est important, y'a des patients qui pour moi ont été des vrais exemples, de vie et de dignité, de courage. » [MG 2]

*La ressemblance avec des figures familières

- « là je pense à un papy qui a 98 ans, c'est un vieux papy et parce qu'il est gentil, je sais pas, non...ouais, alors ce papy-là il me fait peut-être penser à mon grand-père. [...] y'a une autre dame qui est sympa mais qui me demande toujours de venir la voir à la maison, franchement elle pourrait se débrouiller pour venir, [...] au moins deux fois par an, faut aller la voir parce que y'a ci, y'a ça ; en fait elle me fait penser à ma mère, donc voilà ...ça c'est clair que ces gens-là, c'est parce qu'ils me rappellent des gens qui sont proches auxquels je tiens moi. » [MG 6]
- « Et puis y'a aussi tous les phénomènes de projection ; exemple : j'ai une patiente d'une vingtaine d'années qui a perdu son père et cette fille, elle a le même prénom que ma fille et puis elle est blonde un peu comme elle, donc là c'est tout de suite y'a le phénomène de projection. [...] Au niveau de l'exemple de la projection, j'en ai pris conscience pendant, son histoire me touchait et j'ai compris pourquoi finalement. Ben ouais c'est comme ça, on se sent plus touché alors est-ce que c'est plus proche ?... » [MG 12]

*Une sensibilité à certaines valeurs, certains comportements

- « Y'avait pas plus de liens que ça avec elle mais après elle était venue de façon assez honnête en me disant « j'ai pas de diagnostic mais il me faudrait un certificat médical sinon je suis pas remboursée pour mon voyage », donc euh voilà faux certificat mais je l'ai trouvé quand même honnête et j'ai trouvé

ça mieux plutôt qu'elle vienne simuler une gastro ou quelque chose qui n'existait pas enfin voilà, après tout se discute. » [MG 8]

**Une affection, une résonnance empathique à certains vécus*

- *« Et du coup, tout ce qui peut nous toucher crée aussi certains liens. [...] les choses très belles nous touchent aussi. » [MG 1]*
- *« C'est **mon** (son ? lapsus ?) histoire qui m'a touchée, je suis pas intime avec elle mais son histoire m'a révoltée comme beaucoup d'histoires comme ça et ça me révolte tellement que c'est mon désir de trop aider dans ces cas qui peut me faire dérapier » [MG 10]*
- *«...exemple : là une patiente de 45 ans qui a appris son diagnostic de cancer du sein etc ; y'a un côté touchant parce que y'a cette pathologie et puis voilà c'est une patiente que j'apprécie à la base avec qui le contact passe bien, donc effectivement on se sent un peu plus proche. [...] on est forcément plus dans l'empathie en fait. Là après, on se sent forcément plus proche de certaines personnes que d'autres. Je pense que c'est une histoire d'empathie sur une situation qui peut être générée par un phénomène de projection. » [MG 12]*

5.3.2.3 À l'initiative du médecin : transgression de son propre cadre ?

**Initiateur, malgré la conscience d'une transgression de la « bonne distance »*

- *« peut-être que c'est le médecin qui transgresse la bonne distance...[...]
Je sais que je suis pas à l'aise de le faire mais je ne dis pas que si je me retrouve dans une situation avec quelqu'un qui est vraiment dans la misère, je sais pas si je le referai pas même si je sais que je suis pas à l'aise dans cette situation-là. [...] ça fait aussi partie des choses qu'il faudrait normalement pas faire. »
[MG 4]*
- *« ...comme beaucoup d'histoires comme ça et ça me révolte tellement que c'est mon désir de trop aider dans ces cas qui peut me faire dérapier » [MG 10]*

**Plus...d'investissement...conscient...(temporel...et/ou...relationnel)...dans...des...situations d'accompagnement médical particulières (fin de vie...)*

- « Les patients avec lesquels on est le plus investi c'est les quelques patients dont on accompagne le décès au domicile, c'est sûr qu'on est forcément plus investi, quand on commence à parler avec un patient de « qu'est-ce qu'on fait en cas d'urgence ? on vous hospitalise ? on réanime, on réanime pas ? euh, vous restez à la maison ? »
[...] on a mis en place toute une série d'aides et le jour où il était décédé, elle m'a appelé, elle était complètement désemparée [...] on a organisé, pour cet homme, enfin surtout pour elle, on a organisé une espèce de petite cérémonie d'adieux, donc lui était décédé bien évidemment, donc on a fait ça chez elle, à la maison, on a improvisé un truc, on a écouté un peu de la musique qu'il écoutait, des textes qu'il aimait bien, etc...ça a duré quoi, un quart d'heure quelque chose comme ça. » [MG 2]
- « Y'a certaines circonstances où on accompagne quand même les gens jusqu'à leur mort, moi je pense pas qu'on peut rester très froid, y'a quand même un lien, de l'empathie, vous pouvez pas non plus... Vous accompagnez quand même les gens, certains jusqu'au bout de leur vie, vous pouvez pas rester neutre et balancer l'info puis passer à autre chose. » [MG 11]
- « ...c'est un contexte particulier [...] qui faisait que j'étais obligé de m'impliquer un peu plus dans la façon de fonctionner, à l'ancienne du médecin joignable... [...] ...après y'a toujours des circonstances exceptionnelles. Je ne suis pas installé depuis très longtemps, mais c'est sûr que quand il y a un patient qu'on connaît depuis 15 ans qui est en soins palliatifs etc, je pense qu'il est difficile de l'abandonner parce que c'est le week-end. [...] dans cette continuité-là y'a toujours des petits crochets, des situations un peu particulières, où on voudra avoir un suivi un peu plus... avoir des nouvelles plus fréquemment d'une situation, se sentir plus concerné par une patiente. » [MG 12]

** « Hyper-disponibilité » et « clientélisme »*

- « Dans les anciens médecins, y'en a pas mal qui ont fonctionné comme ça parce que y'avait beaucoup de monde sur le marché, y'avait beaucoup de médecins et il fallait faire un peu du clientélisme, être très disponible, justement parfois se faire proche... [...] Les gens qui travaillaient de 7h à 23h à S., pas loin de 100 actes à deux par jour quoi...pfff...au moins A la base quand ils se sont installés, prêts à répondre

à n'importe quelle demande par phénomène de clientélisme, répondre à toute demande, être disponible hyper dispo. » [MG 12]

*Plus d'implication

- « ...c'est quelqu'un quand elle était hospitalisée, j'allais systématiquement la voir à l'hôpital, y'a quand même pas mal de patients qui sont hospitalisés, on prend pas le temps d'aller les voir à l'hôpital. [...] on était très démunis en terme de prise en charge thérapeutique. [...] et je me suis démené pour qu'elle puisse aller dans une maison de retraite du centre-ville où elle était beaucoup plus en sécurité, dans un appartement, plus de risque de chute, etc. » [MG 2]
- « ...on a de l'attachement, on a envie de s'en occuper correctement et c'est ceux pour lesquels on fera peut-être la chose qu'on fait pas d'habitude pour les autres quoi. [...] le fait que je sois plus proche, ben voilà, y'a certaines personnes pour qui je me déplacerai plus facilement.
- « Ben y'a forcément des patients chez qui on est plus impliqué de toute façon, soit de par leur état de santé ... » [MG 12]

*Un sur engagement verbalisé

- « Je vous promets que vous n'irez plus jamais à l'hôpital... », c'est quand même des choses que j'ai dit à des gens, donc c'est vrai que ça fait des liens qui sont forts..., mais c'est des liens qui sont forts. » [MG 2]

*Un temps accordé en consultation plus long

- « Alors c'est vrai que moi j'ai une patientèle avec qui on aime bien passer du temps, donc ce qui fait qu'il y a toujours une relation plus...pratiquement avec l'ensemble de mes patients, ça dure jamais cinq minutes, au contraire ça dure trop longtemps pour certains. » [MG 1]

*L'identification au patient

- « un patient sur lequel on se projette entre guillemets plus, on a peut-être plus tendance à faire ce qu'on ferait pour soi-même, je pense que c'est plus facile de faire...» [MG 12]

*Choisir de prendre exceptionnellement/naturellement des nouvelles hors contexte médical

Pour de simples nouvelles

- « ...en dehors c'est exceptionnel que je parle de santé ou ça a pu être effectivement avec la fille d'une mamie « Comment qu'elle se porte depuis qu'elle est à la maison de retraite ? », des petites banalités, mais euh, c'est pas des choses précises. » [MG 3]

Dans des cas particuliers ou si bonne entente

- « ...par contre après c'est vrai, ça m'arrive aussi de demander si je sais que la fois d'avant y'a quelque chose qui allait pas bien du tout, de demander si ça s'est arrangé ou si j'ai appris qu'il y avait un décès dans la famille, si je les vois, je vais pas attendre la consult d'après pour leur transmettre mes condoléances, puis ça arrive avec certains avec qui je m'entends bien ; l'autre jour à l'école j'ai rencontré un papy qui cherchait son petit-fils et puis il était tout fier, j'essaye de le faire maigrir depuis plus d'un an, il était tout fier de me dire qu'il avait perdu 3 kg donc je l'ai félicité et puis voilà, ensuite on a discuté des gamins. » [MG 5]
- « Après sinon, ça peut être au restaurant, la table d'à côté le fils d'une patiente qui avait été hospitalisée...c'est même moi qui ai demandé des nouvelles et il m'a raconté deux/trois trucs qu'il avait à me raconter. [...] mais c'est moi qui avait demandé car je suis quand même mes patients. J'avais eu de retour autre, je le croise lui, je lui pose la question, parce qu'il y a eu un évènement particulier. » [MG12]

*Dévoiler le visage humain pour mieux se comprendre

- « Je trouve qu'en médecine générale, enfin je me rends compte qu'ils ont besoin de voir qu'ils ont un humain en face qui peut aussi être malade, qui peut aussi être triste, qui peut aussi être fatigué, qui a aussi des soucis de famille ou des soucis personnels. » [MG 5]
- « ...enfin une fois quelqu'un m'a dit « vous ne savez pas ce que c'est, vous n'avez pas eu », l'air de dire moi je souffre et pas vous, et je le lui ai dit « mais vous ne savez pas ce qui m'arrive, je ne vous raconte pas », « ah oui c'est vrai », donc c'est vrai que ça peut des fois aider de dire moi aussi je connais ce genre de situations, pas à raconter votre vie, mais que vous avez aussi traversé certaines choses, ça humanise, ça permet de personnaliser des relations, je l'utilise aussi quand je sens. » [MG 11]

5.4 Conséquences ambivalentes pour la relation de soins

5.4.1 Les bénéfiques ressentis : une prise en charge étayée

5.4.1.1 Un sentiment global positif

*Une relation de soins améliorée/simplifiée

- « Ah oui, oui, ça la facilite. Pour moi, c'est juste la rendre plus facile. » [MG 5]
- « ...parce qu'on connaît les gens sur une longue durée, ça participe à aider la prise en charge, à mon avis, des patients. » [MG 11]

*Une prise en charge non complexifiée

- « Je réfléchis parce que je me demande si y'a des cas où, mais non vraiment, même en ayant des patients proches en tant qu'amis, je n'ai jamais eu de problème. » [MG 1]
- « Je pense pas, avec tous mes amis ça ne pose pas de problème. » [MG 8]
- « Non, disons qu'au fil du temps, les relations deviennent plus proches mais si ça se fait dans l'optique de soins, finalement ça roule, ça ne pose pas de problèmes majeurs. [...] Le « Salut P. » finalement, j'ai quelques patients en tête, ça n'empêche pas une relation professionnelle » [MG 9]
- « ...parce qu'on connaît les gens sur une longue durée, ça participe à aider la prise en charge, à mon avis, des patients. » [MG 11]

*Des bénéfiques plus difficiles à conscientiser

- « Finalement, tous ces éléments positifs c'est plus difficile à mettre en évidence ben qu'un diagnostic loupé. » [MG 4]

5.4.1.2 Réactions du médecin et conséquences : médicalement parlant

*Via la bonne connaissance du patient : se trouver plus alerte et plus réactif

- « Par exemple, y'a un monsieur l'autre jour, c'est un monsieur grand discret qui vient toujours très gentiment, il vient pour ses pathologies tout ça et l'autre jour il vient me voir en me disant « ça fait trois jours que j'ai un peu mal au ventre », connaissant la personne...un autre m'aurait dit « j'ai un peu mal

au ventre depuis trois jours », il avait 38° de fièvre, bon ça avait pas l'air méchant. Lui, me disant « j'ai un peu mal au ventre depuis trois jours », je savais que si lui, il me disait qu'il avait mal, il avait vraiment mal. Du coup j'ai déclenché rapidement l'écho, la bio tout ça et au final il avait un anévrysme septique, enfin il a failli mourir quoi. » [MG 6]

- *« Après y'a un côté plus facile parce que je connais à peu près, au fur et à mesure, ceux chez qui quand ils me disent « ça va pas », faut vraiment que je m'inquiète parce qu'en général, y'a un vraiment un truc qui va pas et qui viennent pas pour n'importe quoi. » [MG 7]*
- *« Le fait que je connais très bien leur histoire me permet souvent de faire des diagnostics justes et d'aller plus vite, je le vois par rapport à l'interne. [...] j'ai pu évacuer tout parce que je connais bien mes patients. [...] je vois à la vitesse où je bosse, je vois vers quoi elle va. Moi je connais toute l'histoire des gens et tout ce qu'il y a derrière donc je vais deux fois plus vite. » [MG 10]*
- *« Par contre, des fois ça peut aider parce qu'on comprend beaucoup plus vite certaines choses, certaines décisions où on est beaucoup plus en adéquation rapidement. » [MG 11]*

*De meilleurs résultats thérapeutiques

- *« Le fait d'être proche ça peut aider à tenir, à aller mieux, à mieux tolérer une douleur ; y'a des études qui montrent qu'une relation de confiance et ben ça améliore le taux de glycémie, la tolérance à la douleur, l'hypertension. » [MG 4]*
- *« Je trouve que c'est plus simple quand on se connaît un petit peu mieux pour tout ce qui est encore une fois « mal-être » où les gens se confient quand même beaucoup plus facilement et que les choses évoluent aussi plus rapidement dans le bon sens. » [MG 8]*

*Projeter pour soi : une aide à la prise de décision pour le médecin

- *« Exemple, je sais pas, sur une pathologie bénigne, un patient sur lequel on se projette entre guillemets plus, on a peut-être plus tendance à faire ce qu'on ferait pour soi-même, je pense que c'est plus facile de faire [...] Je pense qu'en me projetant et en le mettant en scène par rapport au patient, en disant « si c'était pour moi je ne prendrais pas d'antibio, je pense qu'on peut temporiser et voir l'évolution sous*

48/72h », je pense que ça peut aider, je pense que projeter sur une situation ça peut aider à y voir plus clair. » [MG 12]

5.4.1.3 Réactions du médecin et conséquences : Relationnellement parlant

*Un médecin plus souple et plus attentionné

- « ...c'est vrai que ceux avec qui je suis plus proche, mais c'est peut-être pas parce que je suis plus proche que je le ferai davantage, c'est plutôt parce que je sais quel est l'usage qu'ils vont en faire et je sais que à celui-là je peux lui expliquer que ok, là je le dépanne... » [MG 5]
- « ... le fait que je sois plus proche, ben voilà, y'a certaines personnes pour qui je me déplacerai plus facilement, je les laisserai moins dans l'embarras, je comprendrai mieux leurs angoisses même si je sais qu'elles sont pas très justifiées, voilà. Et puis y'en a certains que j'apprécie, pour lesquels j'ai de l'affection que j'ai as envie de laisser dans l'embarras. Je sais pas pourquoi. » [MG 6]
- « Ça peut jouer, alors du bon côté où je vais prendre plus de temps, je vais demander plus d'avis, je vais essayer de mettre plus de choses en place pour les aider. » [MG 7]
- « ...qui ont tendance à demander des choses qu'on fait plus facilement pour certains et pas pour d'autres. » [MG 8]
- « Y'a des gens que je vais voir plus souvent, qui ont des histoires particulières, chez qui je vais peut-être prendre plus de temps et je vais être plus investie affectivement qu'avec d'autres. [...] Donc c'est clair que ça crée des liens, on est peut-être plus attentif, je demande ce que devient le fils (parce qu'il était en Afrique). » [MG 9]
- « Je pense que c'est plus difficile parce qu'on s'implique dedans davantage, c'est plus difficile parce que ça prend plus de temps que d'envoyer les gens à l'hôpital et puis de dire « Au revoir, on se reverra peut-être ». L'implication est beaucoup plus importante parce qu'en plus on prend beaucoup plus de responsabilités en le faisant de cette façon-là. » [MG 12] /// difficultés, revers de la prox

**Positionnement et prise en charge simplifiés, plus adaptés*

- « Au contraire, la proximité peut faire qu'on est plus proches, en plus de la prise en charge médicale, il y a sûrement une prise en charge personnelle plus adaptée. » [MG 1]
- « Les premières fois où on est venue me voir et que les gens n'étaient pas bien, ça a pris du temps, maintenant, [...] ça évite parfois des prises de traitement qui ont pas forcément lieu d'être. La prise en charge dans ces cas-là est un peu plus simple je trouve, plus adaptée. » [MG 8]
- « Je trouve que ça fait aussi partie de la globalité pour comprendre, pour essayer aussi de les accompagner au mieux et d'adapter la prise en charge. » [MG 11]

En fonction du contexte

- « je trouve que ça facilite, parce que si je connais un peu leur vie et que je suis plus proche, je peux expliquer pourquoi là ils dorment moins bien, ils aient commencer à regrignoter, enfin je donne des exemples un peu terre à terre mais du coup y'a pas besoin d'aller fouiller et poser pleins de questions pour expliquer certaines choses. Voilà, comme le chien est mort donc ils ont une tension plus élevée... donc je comprends mieux. » [MG 5]
- « Après le fait de bien les connaître peut m'aider parce que je sais comment ils vivent, je sais ce qu'ils ont eu comme maladie. [...] c'est plus ça, dans leur plainte, dans ce qu'ils nous ramènent, on arrive mieux à le remettre dans son contexte quoi. [MG 6]

En fonction des souhaits

- « D'un autre côté ça peut améliorer, parce que je connais leur façon de vivre, je connais souvent leurs priorités, ce que le spécialiste va pas connaître.[...] Par exemple, la petite mamie pour qui je sais que tout ce qui compte c'est d'être à la maison et de s'occuper de son chien, ben je sais que c'est ça qu'elle a besoin et qu'elle va privilégier une qualité de vie plutôt qu'une quantité ; j'en ai quelques une où je sais qu'elles veulent pas d'acharnement thérapeutique. Je pense que c'est plus adapté, plus respectueux du patient qu'un spé qui va pas la connaître, qui sait pas comment elle vit, qui connaît pas ses enfants... au bout d'un moment, le fait de la connaître, le fait de connaître la famille, tu sais à peu près ce qu'elle souhaite. » [MG 7]

En fonction de la personnalité/des croyances

- *« J'ai peut-être juste un exemple, c'est que y'a certains patients pour lesquels je sais qu'il va me falloir du temps parce que je sais que c'est des gens qui aiment bien discuter, donc j'arrive à les cerner un petit peu. » [MG 8]*
- *« Je pense que si vous savez que quelqu'un a une spiritualité particulière des croyances particulières, déjà à les respecter pour pas les choquer, il faut le prendre en compte.» [MG 11]*

*Une meilleure compréhension du patient

- *« ...connaître les gens ça permet de mieux comprendre ce qu'ils nous disent... » [MG 6]*
- *« Ça permet aussi de mieux comprendre les personnes » [MG 11]*

*Des patients plus confiants

- *« ceux que je connais qui, on va dire c'est pas des rechutes, mais qui de temps en temps ont de nouveau des moments où ça va moins bien prennent moins de temps à venir m'en parler.[...] quand on se connaît un petit peu mieux pour tout ce qui est encore une fois « mal-être » où les gens se confient quand même beaucoup plus facilement » [MG 8]*

*Une communication plus transparente : une meilleure compréhension mutuelle

- *«...mais je lui explique que ce sera juste une fois et que j'ai pas très envie de le faire et que j'ai peut-être pas vraiment le droit mais que là je lui explique pourquoi je le fais mais que je le referai plus. Du coup, c'est plus facile de le dire à quelqu'un dont je suis plus proche parce que je peux lui expliquer vraiment pourquoi.
[...] quelqu'un que je connais très bien maintenant je leur dis clairement, je leur dis « écoutez, on est surveillé par la sécu pour les arrêts de travail, moi ils sont déjà venus me voir, je peux pas en prescrire autant que je veux », et du coup, ils ont pas envie de me mettre dans l'embarras je pense, et ils comprennent beaucoup mieux et moi j'arrive mieux à leur expliquer. » [MG 5]*
- *« Ça dépend des personnes euh ... mes amis ont bien compris qu'il y avait certaines limites à ne pas franchir. » [MG 8]*

- « Très peu, je le fais très très peu et en disant que c'est exceptionnel, en mettant l'accent sur le caractère exceptionnel de la situation et que c'est pas comme ça à chaque fois. » [MG 12]

**Plus de souplesse face à la réduction de distance engagée par certains patients*

- « Mais c'est aussi compliqué parce que y'a des gens que je peux tutoyer, ça pose aucun problème et, puis que même s'ils me tutoyaient ça me poserait pas de souci, enfin y'en a même qui me tutoie, ça me gêne pas. » [MG 4]
- « Y'a des patients où je vois bien, ils m'appellent par mon prénom, quand ils parlent de moi à mon mari ou à d'autres gens, ils disent « ah C. m'a dit que ... », mais souvent c'est des gens, ils disent ça...pffff voilà quoi... certains m'appellent C. parce que mon nom pour certains c'est impossible mais c'est souvent affectueux. » [MG 6]
- « Mais y'a des patients qui ont pris l'initiative de me tutoyer, alors bon, voilà, je me laisse tutoyer et je les tutoie en retour. [...] Y'en a un quand il vient, j'ai dit à l'interne « tu verras il m'appelle par mon prénom tout le temps », mais y'a quand même 20 Ans d'écart et il me tutoie. » [MG 9]
- « Y'a des femmes de mon âge aussi qui sont seules et qui essaient d'être copines avec moi mais c'est moins dérangeant parce que c'est dans un autre registre. » [MG 10]
- « mais bon j'insiste pas, elle veut m'appeler par mon prénom, je vois bien qu'elle essaie de créer un lien, c'est un mode de fonctionnement, ça ne me dérange pas. [...] Mais je vois bien qu'elle m'appelle par mon prénom, elle essaie d'établir un lien particulier, si ça peut lui convenir, elle est pas envahissante par ailleurs, ça ne me dérange pas. » [MG 11]

5.4.2 Les revers ressentis du lien de proximité

Les conséquences de la proximité relationnelle développée volontairement /consciemment ou non, avec des patients sont de tout ordre. À la fois positives et bénéfiques pour la relation de soins, comme développé ci-dessus ; le versant plus néfaste ressenti par les médecins est aussi largement explicité.

*Une perception également risquée de la proximité avec les patients.

- « C'est une bonne chose, de ne pas rentrer trop dans le trop proche, [...] après on rentrerait dans des risques de situations de trop de proximité et tout ce que cela pourrait comporter. » [MG 1]
- « Là où je pense qu'effectivement ça risque de devenir compliqué si effectivement il y a une relation patient-médecin qui devient trop proche, trop familière, trop machin... et qu'un moment ça prend de l'ampleur et que ça devient dangereux sur le plan relationnel et sur le plan thérapeutique et qu'il faut faire machine arrière, là je pense effectivement que ça peut être très compliqué // RISQUE d'ALLER TROP LOIN ?. » [MG 2]
- « Je pense que si on est proche des gens c'est plus difficile, clairement. » [MG 6]
- « Je pense que le lien de proximité me complique la prise en charge, c'est difficile quand même. Je pense que dans certains cas ça complique mais bon, on le fait quand même. » [MG 11]
- « Et je suis pas sûr que ce soit une bonne chose, ni pour le médecin, ni pour la patient. » [MG 12]

QUAND LE SOIGNANT N'EST PAS L'INITIATEUR = PROVENANT DU PATIENT

*Déstabilisation voire malaise ressentis

Face à la familiarité du patient

- « ... le patient qui arrive « Bonjour C., comment tu vas ? », euh avant de commencer la consultation j'ai mis les choses au clair et peut-être que du coup, après pendant la consultation j'étais un peu mal à l'aise... » [MG 5]
- « Pour le coup, un patient qui vient me voir le 2 ou 3 janvier pour me souhaiter « Bonne année » et j'ai même pas eu le temps de réfléchir et il m'a déjà fait une bise donc j'étais un peu surprise, ça m'a mise mal à l'aise [...] lui m'a dit « mais c'est bon c'est juste la bise », lui était vraiment à dire que c'était rien d'exceptionnel mais moi j'étais pas à l'aise. » [MG 8]
- « Après, je pense à une dame, que je connaissais pas, qui est patiente, qui essaie d'établir un lien, qui m'appelle par mon prénom mais qui me dit « Vous ». Donc moi, je ne l'ai pas autorisée. » [MG 11]
- « plus de la part du patient que du mien, parce que moi je suis assez vigilant avec ça. Mais il arrive qu'il y ait des patients qui me tutoient, je suis pas fan. » [MG 12]

Face au comportement intrusif/insistant du patient

- « Ben j'ai une patiente [...], je dirais qu'elle elle essaye d'être proche de moi parce qu'elle arrête pas de me dire « mais, vous comprenez, si j'étais votre mère qu'est-ce que vous feriez ? Faites comme si j'étais votre mère... ». Enfin, elle est tout le temps en train de me chercher comme ça, je sais pas, elle me fout mal à l'aise. [...] elle fait comme si on était très proches et elle me dit tout le temps « non, mais moi j'ai besoin de voir mon docteur, faut que ce soit vous » et en même temps je veux dire elle est assez insupportable. Elle, elle me met un peu mal à l'aise parce que je sais pas comment être. Voilà elle me met mal à l'aise à s'imposer comme ça en me disant « oh mais faites comme si j'étais votre mère, mais vous comprenez bien, vous imaginez bien vous êtes mon docteur », elle en fait des caisses quoi et ça m'énerve. » [MG 6]
- « ...qui ont des comportements déstabilisants, ça peut être un peu gênant, moi je l'ai déjà vécu comme une agression. » [MG 9]
- « Ils venaient, ils se mettaient devant la porte et ils passaient devant tout le monde. Le prétexte ; une c'était parce qu'elle était richissime, comme si être riche donnait cet avantage. Je n'arrivais pas à m'en dépêtrer, j'étais mal à l'aise comme tout. » [MG 10]

Face au chantage du patient

- « ...enfin qui commençait tout le temps à dire « ah je vais me suicider », elle jouait un peu avec ça quoi, je la connaissais bien et une fois je me suis sentie un peu piégée parce qu'elle avait pris de l'alcool et des médicaments, [...] y'avait pas de risque vital mais c'était un peu un appel à l'aide. Au final, j'ai été coincée parce que je la connaissais bien[...] je savais pas si je l'hospitalisais ou pas, parce que la connaissant bien je pense qu'il n'y avait pas de risque suicidaire, elle ne l'aurait pas fait et en même temps, elle avait quand même fait un acte et pris ses médocs et l'alcool donc je l'ai fait hospitaliser. [...] Ben de la compassion, de l'attention ; c'était un appel à l'aide mais euh, je ne pouvais pas ne pas réagir. À priori, après ça allait mais c'est vrai que je me suis trouvée un peu mal à l'aise pour la gérer. » [MG 7]
- « ...alors que des fois, les gens ils se rendent même pas compte que vous vous excitez pour eux, ils se rendent même pas compte que des fois ils sont vraiment dans certaines attitudes de refus « ah non j'irai pas à l'hôpital, je veux, pas faire cet examen ». [MG 11]

**Un sentiment d'injustice vécu (vis-à-vis d'un investissement important)*

- « je pense que tous les médecins se disent ça, qui est assez curieux mais qui est difficile à comprendre, c'est que euh, il y a certains patients, on s'est beaucoup investi, on a fait pas mal de choses pour essayer de leur résoudre leurs problèmes, on est allé voir dans les bouquins, on a téléphoné à droite, téléphoné à gauche, on a accéléré les rendez-vous, on s'est montré disponible, on a insisté auprès des spécialistes, machin truc ; on pense avoir fait beaucoup de choses et on a l'impression que nous médecins, on a beaucoup donné pour des patients et ces patients, du jour au lendemain, ils vous envoient balader. [...] donc ça c'est quelque chose qui est très perturbant, quand on pense, disons enfin, quand on pense avoir fait pas mal de choses et s'être investi [...]

[...] puis je vais voir une patiente dans cette maison de retraite et je passe devant sa porte, je vois son nom sur la porte (mime un petit encadré), je frappe, pensant me faire bien accueillir, pour lui demander des nouvelles, « alors comment ça va ? etc », « ah ben docteur je veux plus vous voir », « ah bon ? », « oui, parce que vous ne vous êtes jamais occupé de ma colonne cervicale ». [...] Mais c'est vrai que c'est un peu perturbant parce que on s'est un peu bagarré pour que son hypertension aille mieux, on se bagarre pour lui trouver un point de chute et une fois que c'est fait elle vous envoie balader. » [MG 2]
- « C'est aussi pour ça qu'il faut bien séparer les choses parce que sinon, quand on est très proches des patients, je vois que quand ils s'en vont tout à coup, on se dit « ben dis donc, avec tout ce que j'ai fait pour lui, pour elle », enfin c'est dur quoi, dans sa vie du quotidien c'est rare qu'on ait des amis qui nous tournent le dos. [...] Alors là, quand vous avez des gens pour lesquels vous vous êtes investi, vous avez fait des choses, vous vous êtes bougé le cul, vous avez essayé de faire au mieux et du jour au lendemain, ils vont voir le voisin et ils vous parlent plus, ou qu'ils disent même plus bonjour ou qu'ils font semblant de pas vous voir ; vous vous dites « ben dis donc ». [...] Oui y'a des fois, où y'a des gens qui m'ont quittée, ça m'a fait de la peine parce que je trouvais ça injuste et dégueulasse. » [MG 6]
- « Là y'a une patiente qui ne m'a plus appelé pour son fils qui est trisomique que j'avais quand même suivi pendant longtemps et je sais pas pourquoi, donc là ça m'a un petit peu travaillé effectivement. [...] je m'étais peut-être investi un petit peu plus, j'avais pensé que la relation était justement un petit peu plus proche, mais est-ce qu'il y a eu un loup quelque part ? » [MG 9]

- « Parce qu'en plus, il serait dangereux de faire ça, y'a même des gens avec qui on a eu des très forts liens et qui vous quittent quand même et après ça fait mal. [...] Je me dis parfois que certains patients, s'ils me quittaient maintenant ça me toucherait beaucoup parce qu'on a fait la guerre ensemble plusieurs fois. » [MG 10]

*Le débordement de transfert troublant

- « ...une femme qui était érotomane, au sens médical du terme...avec un transfert extrêmement important, c'était au tout début de mon installation ça...alors j'ai quelques souvenirs vagues car ça doit faire une trentaine d'années, et heureusement, elle a, je crois qu'elle a finalement rencontré un gendarme qu'elle a harcelé, le pauvre gendarme (rires), et elle m'a laissé de côté donc j'étais ravi, mais c'est vrai que c'était extrêmement compliqué. » [MG 2]
- « Comme on a pris en charge sa fille et qu'elle était très inquiète pour sa fille, euh, elle fait un peu comme si j'étais sa fille quoi, ouais je sais pas c'est bizarre ; peut-être à cause de ça, je sais pas. » [MG 6]
- «... en fait le premier que j'ai pris avec ma blouse blanche, c'était un patient qui avait un transfert absolument d'enfer sur moi, déjà que je m'appelais comme sa femme, il délirait complètement, j'en pouvais plus.[...] Et les patients qui ont des transferts amoureux, c'est très dangereux, ils vous quittent parce que vous pouvez pas répondre à leur amour. [...] L'autre patient avait fait un transfert très fort sur moi et il m'a dit qu'il allait m'apporter du persil, mais je ne m'attendais pas à le voir avec des bottes dans mon jardin. » [MG 10]

*Un retentissement biomédical ennuyeux

- « ...j'étais plus ennuyée que chez le, parce que chez moi il avait 200/140 de tension, chez le cardiologue, il avait 140/70 donc euh, quand même à un moment donné, on peut se demander si c'est possible de traiter les gens dans ces conditions-là, car ça devient très compliqué. » [MG 4]

*Des difficultés à répondre au niveau d'exigences croissant des patients

- « Là où ça peut être plus difficile c'est qu'après ils ont tendance à vouloir demander trop de choses et que tout aille vite dans leur sens et que tout aille bien. [...] c'est sûr que si moi j'appelle pour avoir un

RDV, les choses vont beaucoup plus vite et certains patients qui savent ça, en profitent pour me dire « oh oui mais appelez, vous, au moins j'ai un RDV dans la semaine », donc ça c'est le genre de choses un peu passe-droit, pour prendre RDV chez le spécialiste, c'est pas forcément la chose la plus sympathique. Les patients deviennent aussi plus exigeants, en termes de délai, ce genre de choses. » [MG 8]

**La pression du chantage pour certains actes de convenance : expérience pénible et déstabilisante*

- *« Ça m'est arrivé une fois... C'était une personne, enfin c'était surtout son conjoint que je connaissais bien qui est une infirmière, j'ai été un peu trop gentil avec eux, c'était presque un acte de complaisance, oui... [...] Avec les personnes que je connais bien ça peut être plus difficile, j'ai plus l'exemple en tête, mais c'était tout récent, euh ... ah oui, je me rappelle, c'était un monsieur qui me demandait presque un certificat de complaisance, le monsieur, ancien policier qui côtoie des avocats, qui côtoie des voilà ... qui me demandait un certificat presque de complaisance euh... pour euh... pour son fils... c'était un monsieur que je connaissais qui était sympathique, voilà ... mais je lui ai dit un non. » [MG 3]*
- *« ...en même temps, ne pas accéder aux demandes des gens quand il s'occupe de vos enfants toute la journée c'est euh, c'est un peu compliqué, c'est du chantage un petit peu et ça je supporte pas. Moi, je veux pouvoir faire comme moi je veux, sans que les gens aient de prise sur moi par rapport à voilà, les enfants. [...] mais c'est sûr que les personnes qui s'occupaient de mes enfants toute la journée, je dirais que j'étais quand même plus conciliante. [...] voilà, une prescription d'Emla® pour une gamine qui va se faire percer les oreilles, c'est un truc que je fais jamais, sur un coin de table et que je donne comme ça, voilà c'est un truc que je fais pas normalement. Enfin bon, c'est pas arrivé souvent parce qu'ils étaient pas 150 à s'occuper non plus de mes enfants quoi... Mais bon clairement y'a des gens pour qui j'étais peut-être plus amenée que pour d'autres à céder sur ce genre de choses. » [MG 6]*
- *« Oui, ça m'est déjà arrivé, oui et c'est pas facile comme position » [MG 7]*
- *« Une patiente en particulier est assez consommatrice de médicaments à tout point de vue, [...] qui me demande souvent avant de partir en vacances, l'ordonnance avec au moins dix médicaments, pour prévenir les gastros, pour prévenir une infection urinaire, une pneumonie, un machin, un truc ; et c'est juste avec elle que j'ai beaucoup de mal parce que c'est une amie de mes parents. [...] De cette patiente dont je viens de parler par exemple, c'est un peu compliqué sur tout qu'elle va voir les spécialistes sans*

passer forcément par moi, qui après me demande « ah au fait, je suis allée faire une radio, il me faudrait une ordonnance ». » [MG 8]

- *« ... ça devient plus difficile à ce moment-là de dire non à une demande qui n'est pas tout à fait justifiée. [...] Ça m'est arrivé. C'est difficile de refuser, enfin plus difficile quand je connais bien les gens. Là récemment, j'ai fait un renouvellement d'ordonnance. Le mari est venu, il m'a demandé si je pouvais faire un renouvellement pour sa femme. [...] j'ai vu que y'avait beaucoup de choses à faire, que j'avais pas eu le résultat de l'ADECA... ça met un peu en porte à faux, parce que 1), je l'ai pas examiné, il n'y a pas de raison que je renouvelle ça sans examen et y'avait des choses à mettre au point, au clair. [...] J'étais quand même un peu mal à l'aise...bon, sur une échelle de 1 à 10, mal à l'aise de 2. (rires) Je les connais bien, on a fait des choses ensemble. » [MG 9]*
- *« Le pire c'est ma tante [...] menaçante, elle m'a même dit que son petit-fils qui était en Guadeloupe se mourait d'une angine parce que je refusais de faire une ordonnance d'homéopathie. [...]Je me suis prise en flagrant délit d'un abus que je n'aurais jamais dû faire, comme quoi je peux quand même me faire piéger. [...] Pour la première fois, et je lui ai dit, elle m'a fait faire un mensonge ce que je ne sais pas faire. Je l'ai pas vue pendant un an, je l'ai vu la semaine dernière, je lui ai dit « ce que je vous ai fait, c'était n'importe quoi et vous m'avez fait déraiper. Celle-là elle a eu un truc que j'ai jamais fait et que je referai jamais plus ». [MG 10]*
- *« ...j'avais une fois une histoire avec ma voisine, je me suis un peu fâchée, c'était une copine qui me demandait un certificat pour annuler un voyage parce que son copain lui avait pris un voyage non remboursable et que sa carte d'identité était périmée et comme elle avait pas de passeport... » [MG 11]*

*Des tentatives de « shunt » provenant des patients, non appréciées

- *« Après même des patients qui me connaissent parce que là où je travaille, je suis aussi membre d'une association donc c'est vrai que je connais pas mal de monde qui ont mon numéro de portable, d'avant que je me sois installée, ils ont un peu profiter de ce système là à m'envoyer des messages ou à m'appeler sur le portable ; là j'ai fait que les choses s'arrêtent. » [MG 8]*
- *« Les quelques amis-patients qui me sont arrivés par le biais des associations qui sont arrivés dans la patientèle mais qui ont donc mon numéro privé, y'en a beaucoup qui essayaient toujours d'obtenir des*

renseignements voire des RDV, hors mes plages horaires et qui court-circuitent la secrétaire, et ben je réponds pas.[...] Y' a des gens qui essayent mais plus par le biais en dehors, de saisir mes amis dans les associations, pour ensuite avoir mon amitié pour pouvoir ensuite venir passer avant les autres. » [MG 10]

- *« Alors après c'est vrai que les gens qui me connaissent en dehors, dans la sphère privée, que je soigne, ont mon numéro donc ils me joignent. [...] Je le dis que je ne souhaite pas être dérangée à toute heure. » [MG 11]*

*Agacement face aux demandes médicales écrites

- *« Bonjour Dr, auriez-vous la gentillesse de me renouveler mon ordonnance de Z. ? merci d'avance. Bien cordialement » ... (silence) Bon !... Ça m'énerve. J'en ai eu un autre tout récemment qui est hôtelier et qui extrêmement pris, qui est hypertendu et qui m'a demandé si je pouvais pas lui envoyer son ordonnance hypertension. Donc je lui ai répondu « ok, je vous l'envoie pour une période de 3 mois et on se revoit après l'été ». Donc je fais, je les connais mais c'est toujours un peu embêtant. [...] le coup du somnifère, parce que je l'ai régulièrement au bout de 4 semaines, alors ouais ... Mais je pense que le mail, ça va être un vrai problème... c'est un peu gênant, ça m'énerve. » [MG 2]*
- *« ...par mail, oui, j'ai quelques copains que je suis qui ont, ça m'énerve, mais bon voilà, enfin ça m'énerve parce que les demandes m'énervent. » [MG 4]*
- *« ...c'était pour moi beaucoup trop intrusif parce qu'il me demandait des choses, des examens et non ! [...] les rares fois où j'ai eu comme ça des mails de mes patients, ça, ça m'agace, parce que les demandes elles sont quand même exagérées toujours. » [MG 6]*
- *«... imaginez que je commence à faire des consultations par mail et ben alors je les fais payer, ça je peux vous dire. » [MG 10]*
- *« Après c'est sûr, ça dépend pour quoi mais des fois, il arrive des mails, des gens qui commencent à essayer de faire des consultations par mail, là non. Le problème c'est que mon mail est accessible par le site de RDV apparemment, ils le trouvent comme ça...[...] maintenant quand c'est « j'ai un bouton qui est apparu là, qu'est-ce que vous en pensez ? » « Ben j'en pense rien quoi ». [MG 12]*

**La répercussion complexe par des attitudes défensives de certains patients*

- « On a pu déchaîner de la violence chez les patients toxicomanes quand y'a eu trop de proximité ou quand ils ont livré trop de choses d'eux-mêmes, voilà je pense qu'ils attendent enfin, à un moment donné peut-être que leurs défenses sont trop tombées et que c'est dans ces moments-là qu'ils peuvent devenir extrêmement violents. » [MG 4]

**Se sentir obligé de freiner l'initiative de familiarité/tutoiement dans le cadre professionnel*

- « Ensuite le côté familial des gens, j'ai par exemple un patient qui me tutoie systématiquement, moi il n'est pas question que je le tutoie. Donc, il me dit « tu », je lui dis « vous ». » [MG 2]
- «... y'a certains patients qui ont commencé à me tutoyer, donc ça j'ai tout de suite dit non, euh il m'appelait par mon prénom, j'ai dit non aussi, après il me demande Madame, Mademoiselle ou docteur, j'ai dit ça je m'en fous c'est comme vous voulez mais pas me tutoyer, pas mon prénom ça je refuse. [...] Je ne voudrais pas non plus qu'une infirmière prenne la liberté de me tutoyer euh, sans me le demander. » [MG 5]
- «... mais personne me tutoie, non non. [...] il faut comprendre ce que c'est que la relation entre le médecin et patient, qu'il faut pas se laisser tutoyer. » [MG 6]
- « ...une patiente m'a demandé et me demande encore aujourd'hui de la tutoyer et y'a beau avoir une relation euh, pas amicale mais proche, j'arrive pas. Je sais pas pourquoi, j'arrive pas et elle me dit à chaque fois, « vous pouvez me tutoyer ». » [MG 8]
- « ...parfois je me pose la question « pourquoi ils me tutoient ? », certains patients de leur initiative [...] Ben, justement quand c'est entre le tutoiement et le vouvoiement, où par exemple le patient me tutoie et j'ai pas trop envie qu'il me tutoie. Je reste au vouvoiement. [...] J'étais médecin du sport et donc vous étiez convoqué au club pour voir 30 footballeurs en une soirée et puis après, on vous offre une bière, donc bon, vous buvez la bière. Mais là y'en avait un effectivement, qui commençait à taper dans le dos etc, là j'ai quand même réagi. » [MG 9]
- « J'ai dû, j'ai dû (cadrer). Les patients qui m'appelaient par mon prénom et tout ça, j'en ai eu. Je suis pas la gestapo, moi j'ai pas su forcément m'en sortir... » [MG 10]

À RESONNANCE NEGATIVE (VOIRE INTRUSIVE) POUR LE MEDECIN

*Des comportements envahissants ou débordants sur la sphère privée

- « Une femme assez particulière [...] qui était extrêmement envahissante, elle m'appelait tous les matins au téléphone [...] » [MG 2]
- « Oui, oui, parce que les gens vous appellent le soir à 21h, vous appellent le samedi après-midi, vous appellent le dimanche matin. » [MG 8]
- « J'ai déjà eu des personnes qui ont pu venir sonner et ça a pu me déranger. » [MG 9]
- « Ben par exemple parfois, j'avais des patients qui commençaient de tourner autour de la maison. [...] Et la vigilance, je l'ai encore aujourd'hui. Sans arrêt, y'a des nouveaux patients qui vont tenter de faire intrusion dans ma vie. » [MG 10]
- [...] Mais bon c'est pas à tout va, je laisse mon numéro de téléphone et le soir devant la télé on m'appelle encore pour me demander si on peut prendre du Doliprane® avec l'ibuprofène quoi ? C'est du déjà vu, donc là je suis pas d'accord quoi. » [MG 12]

*Des attitudes séductrices déplacées, voire malsaines

- « ...il a été très dans la séduction à tel point qu'elle en pouvait plus, elle avait dit à la secrétaire « je ne veux plus ja-mais le revoir ». [MG 4]
- « Et après j'ai encore un autre patient qui a une débilité moyenne qui a été étiquetée et en fait, il est célibataire, il a une cinquantaine d'années et il vit seul, ou avec sa mère je sais plus, il a tendance à draguer un petit peu toutes les femmes qu'il voit, que ce soit la secrétaire, la femme de ménage enfin pas juste moi, donc son médecin traitant. » [MG 8]

DES SITUATIONS AMBIGUËS

*Les médecins invités par les patients : une réalité

- « Après, bon y'a des patients qui nous ont invité à manger à midi... » [MG 4]
- « On m'invite à boire le café, à boire une bière, je suis invité à aller à la chasse (rires) à quoi encore ? à aller faire du ski, on m'invite à pas mal de trucs. » [MG 12]

Face à la recherche de séduction du patient

- « *Moi, personnellement, j'ai été en difficulté par rapport à une patiente qui était extrêmement séductrice, et euh, moi j'étais euh... bon là on va carrément dans l'intime mais c'est pas grave puisque c'est anonyme [...] J'ai résisté de toutes mes forces, tout en ayant envie de succomber donc c'est très compliqué, enfin je sais pas comment j'ai fait. Mais euh... (silence) elle avait une attitude extrêmement séductrice pendant la consultation.* » [MG 2]
- « *Ah oui bien sûr, ça arrive régulièrement, je pense notamment à un monsieur qui est très comme ça dans la séduction. [...] alors après c'est drôle parce qu'après il a été vu par mon interne il a été très dans la séduction à tel point qu'elle en pouvait plus.* » [MG 4]
- « *Ça m'est déjà arrivé une fois par rapport à ça qu'un patient ait voulu aller plus loin, donc ça m'a un petit peu refroidie. [...] Séduction de temps en temps, mais c'est que des hommes parce que je suis une femme donc ça s'est arrivé, jeune... y'a pas eu d'agression ou d'agressivité particulière mais on ressent quand même qu'il y a un petit esprit un peu ... pervers, j'irai pas jusque-là mais y'a quelque chose de malsain.* » [MG 8]
- « *Au début, je savais pas quoi faire, je faisais celle qui n'avait rien vu pendant assez longtemps. Certains hommes essayent encore ... Du côté des femmes, elles essayent plus maintenant parce qu'elles savent que je suis seule. [...] Certains hommes ont vraiment dérapé.* » [MG 10]

*Remercier le médecin via les cadeaux

- « *...systématiquement il fallait que je reparte avec un cadeau pour les enfants. [...] « (à son fils) votre maman veut tout le temps m'offrir des cadeaux.* » [MG5]
- « *...un patient un peu plus âgé qui m'offrait régulièrement des confitures, des machins...* » [MG 8]
- « *Je l'ai plus trop en ce moment mais j'avais 2 ou 3 patients et d'ailleurs ils m'ont quitté ces patients.* » [MG 10]

LES AFFECTS DU SOIGNANT AMPLIFIES/MODIFIES

*Un ressenti global de difficultés

- « Soit parce que quand on soigne des gens avec qui on a créé d'autres liens d'amitié et ben, je trouve que ça c'est difficile. » [MG 11]

*Davantage (affecté) peiné, par la découverte de maladie chez un patient

- « des fois, quand on lui trouve une cochonnerie, ben on est quand même plutôt emmerdé, emmerdé... ça nous affecte quelque part au niveau émotionnel [...] il y a des gens qu'on aime bien et puis ça fait, oui je dirai vulgairement, ça fait chier qu'ils soient malades. » [MG 3]
- « C'étaient des gens que j'aimais bien où je me sentais un peu plus proche et du coup ça me faisait de la peine pour eux. » [MG 7]

*Une peur majorée de perdre les patients

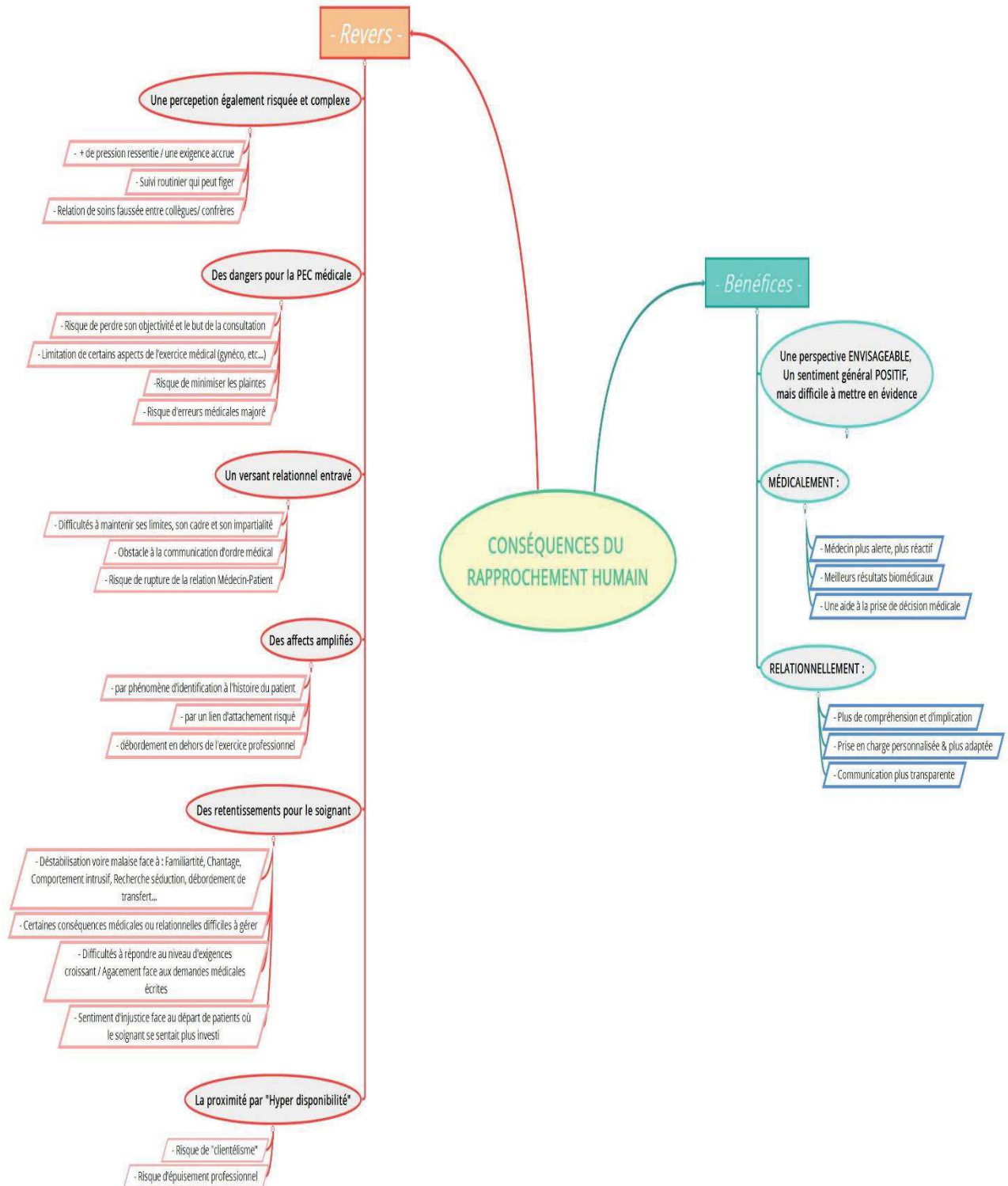
- « ...parce que j'ai un peu plus peur de les perdre, soit d'en faire pas assez... »

*Ne plus supporter une situation

« [...] J'en avais tellement marre de cette situation. [...] (histoire) que je vivais avec elle depuis des années que j'en pouvais plus. » [MG 10]

*Une confusion : Ressentir moins de clarté, moins d'objectivité

- « ...y'a le lien affectif qui va biaiser la consultation médicale je pense. » [MG 6]
- « ...du coup j'arrive pas à avoir un esprit clair pour bien le soigner... » [MG 7]
- « est-ce que ça me rend pas d'abord plus proche de la situation parce que j'adhère [...] Alors du coup, est-ce que ça ? ... Je pense que c'est plus difficile... » [MG 12]
- « mais quand on a des enfants, comment on délire quand ils ont quelque chose, on voit la différence quand on travaille avec une certaine distance. » [MG 10]



**Figure E : SCHÉMA RÉSULTATS (V) –
Les conséquences du rapprochement humain**

6. Difficultés de positionnement, déséquilibres dans la relation :

Conséquences et gestion

6.1 De l'ordre du ressenti désagréable pour les médecins

Les difficultés de positionnement ou déséquilibres des médecins dans la relation sont de l'ordre du ressenti. Ils se traduisent par des ressentis désagréables, des affects contre-transférentiels négatifs, et se matérialisent par des contre-attitudes réactionnelles (plutôt défensives).

6.1.1 Globalement, des affects éprouvants

*Peur de ne pas en faire assez

- « parce que j'ai un peu plus peur [de les perdre, soit] d'en faire pas assez... »

*Se sentir démuni, voire impuissant face à certaines situations

- « Après y'a des choses chouettes et d'autres très dures. » [MG 1]
- « Ça fonctionne dans un autre sens hein, quand le spécialiste, ne sait pas répondre « et ben, reparlez-en à votre médecin traitant », donc nous on les retrouve, ils ont fait tous les examens et il n'y a pas de solution, donc il faut se débrouiller avec ça. » [MG 2]
- « c'est déjà dur d'être médecin... » [MG 10]
- « [...] ce à quoi les gens sont prêts à adhérer, c'est pas toujours évident. C'est le côté difficile je trouve et c'est là que la relation médecin-malade intervient finalement. » [MG 12]

*Éprouver des difficultés à se faire respecter

- « [...] j'ai eu du mal à me faire respecter quand j'ai repris le cabinet d'un vieil homme, enfin d'un vieil homme [...] la difficulté était là. » [MG 5]
- « Et ça été pour moi assez difficile de faire autorité, j'ai vraiment galéré ; c'est du passé pour moi mais je m'en rappelle. » [MG 10]

*Se sentir embarrassé

- « Alors ça, c'est très très embarrassant, les cadeaux euh... [...] j'allais les voir à domicile quand le mari était encore malade et systématiquement il fallait que je reparte avec un cadeau pour les enfants et c'était vraiment une bataille à chaque fois où j'étais obligée de dire « non, je veux pas accepter votre cadeau, donnez-le à des enfants nécessiteux » [...] j'en ai parlé au fils, je lui ai dit « ça me gêne, votre maman veut tout le temps m'offrir des cadeaux. [...] Maintenant ça m'arrange car je ne vais plus là-bas, [...] maintenant elle vient chez moi au cabinet tous les trois mois donc elle peut plus ramener de sacs C. remplis de jouets, de trucs. » [MG 5]
- « Ah ben, je suis mal à l'aise ça c'est sûr. » [MG 6]
- « ...un patient un peu plus âgé qui m'offrait régulièrement des confitures, des machins, enfin X petits trucs, où finalement il est parti, [...] je me pose encore la question aujourd'hui mais je ne sais pas, s'il attendait autre chose ou pas ou si c'était juste purement amical ou affectueux, je sais pas, j'ai pas trouvé la réponse. » [MG 8]
- « ...ça peut me mettre un peu mal à l'aise.[...] C'est quelque chose qui n'est pas spécialement le bienvenu mais que je finis par tolérer. » [MG 9]
- « Ah ben comblée de cadeaux, ce qui me dérangeait. Les patients me comblaient de cadeaux à chaque fois que je venais, ah ça me dérangeait. Je leur disais « dès que je peux venir, je viens, je suis payée, pas besoin de me faire un cadeau ». J'avais des patients qui me préparaient des paquets, et j'avais l'impression de venir chercher mon paquet de légumes, ça me dérange. [...] Ça me dérange, mais ça va mieux » [MG 10]

*Des cadeaux malvenus : sentiment de se faire manipuler

- « Là où c'est difficile c'est quand j'ai l'impression que les gens, j'ai un monsieur qui m'offre un jour un collier et dans la foulée il me demande un arrêt de travail, j'ai eu le sentiment qu'il essaye de m'acheter enfin, bon le collier c'était un collier de trois fois rien c'est pas, c'était pas quelque chose de grande valeur, j'avais l'impression qu'il essayait de enfin que le comportement, enfin c'est son comportement qui m'a dérangé. » [MG 4]

- *« Ça me fout mal quand on me fait un cadeau parce que j'ai l'impression de me faire acheter tout le temps, c'est ça qui est un peu compliqué. [...] on aime bien les cadeaux, c'est gentil mais quelque part parfois, on a toujours l'impression que c'est un peu intéressé dans le sens où on se dit ben celui-là il m'a fait un cadeau, la fois d'après quand il m'appelle... et j'ai pas envie d'y aller ...
[...] tout ça au final parce qu'elle voulait que je lui prescrive ses antibiotiques en avance si elle avait une infection urinaire, parce qu'au final c'était ça le but. Elle m'a flattée, c'était pour pouvoir obtenir quelque chose que normalement je ne fais jamais, de prescrire des antibio en avance... » [MG 6]*
- *« C'est arrivé chez un patient où j'étais pas très à l'aise parce que c'est un patient qui demande régulièrement des arrêts de travail et je sais pas, s'il a vraiment mal, on a fait plein de bilans, il a été vu par le rhumato qui trouve rien. [...] Et j'ai eu des chocolats de sa part, il est très gentil, il vient souvent, sa femme est super sympa et je sais pas. Donc lui, c'était un petit peu ambigu, « le cadeau est-ce que c'est parce que je le mets en arrêt ? », je sais pas. » [MG 7]*
- *« Je ne pense pas spécialement que ce soit une reconnaissance à mon égard, pas spécialement... Bon, elle me demandait régulièrement du S.® quand même, peut-être en contrepartie. [...] Dans les cadeaux, je pense qu'il y a une attente en arrière-plan, sûrement inconsciente de leur part, ce qui me met un peu mal à l'aise, parce que je me dis » si j'accepte leurs cadeaux, tôt ou tard y'aura une contrepartie », c'est souvent ce que je mis « quelle sera la contrepartie ? ». C'est comme quand un labo vous offre un stylo, c'est pareil, c'est qu'un stylo mais y'a une contrepartie. » [MG 10]*
- *« J'avais l'impression que c'était pour que je vienne, comme si je venais pas parce qu'ils me donnaient pas de cadeaux. [...] Ça me mettrait dans une rage folle et ils savent que je ne suis pas achetable, et je veux que ça se sache partout. » [MG 10]*
- *« A Noël, elle m'a fâché, elle me dit « vous allez bien accepter mon petit cadeau », je lui ai dit « je le prendrais une autre fois, j'ai pas le temps, je suis parti ». Non, mais quand c'est comme ça, je sais que derrière c'est pour essayer de retravailler, d'essayer de regratter ; j'aime pas ça. Le cadeau elle le garde, elle l'offre à qui elle veut mais pas à moi. » [MG 12]*

6.1.2 Un ressenti complexe en lien avec son équilibre personnel

*Se sentir dérangé, envahi

- « J'ai déjà eu des personnes qui ont pu venir sonner et ça a pu me déranger. » [MG 9]
- « ...y'a des nouveaux patients qui vont tenter de faire intrusion dans ma vie. » [MG 10]
- « J'ai ressenti que par rapport à cette patiente en particulier, c'est une personne qui essaye d'être envahissante dans la vie des uns, des autres. [MG 11 ou 12 ?]

*Débordement hors-professionnel éprouvant

- « Alors bon en sortant du cabinet des fois ... » [MG 1]
- « Moi, personnellement, j'ai été en difficulté par rapport à une patiente [...] j'étais un peu en difficulté par rapport à mon couple... » [MG 2]
- « Oui, c'est des choses auxquelles on peut repenser, oui effectivement, quand on va se balader en forêt ou le soir en se couchant ou ... » [MG 3]
- « là j'ai eu 4 décès en quelques mois, ça, ça me , ça m'écorche, enfin ça me griffe, c'est pas, ça passe pas tout seul... » [MG 4]
- « Ce sont des choses qui ont déjà pu vous affecter au-delà de la pratique médicale, en dehors ?
Oh ben oui, bien sûr. » [MG 6]
- « Et à la fin des consults, je vais y repenser le soir, ça va me perturber pendant un bout de temps, ça va me miner. [...] ça me bouffait et j'emporte l'angoisse des patients avec moi, même en dehors, quand je rentre à la maison ... » [MG 7]
- « ...on se pose des questions, parfois le dimanche ou le soir, y'a des cogitations. » [MG 9]
- « Par contre, en dehors de mon travail, je peux déverser. [...] je le déverse souvent sur la 1ère copine qui vient... » [MG 10]
- « ...ne pas emmener tout à la maison, ça c'est la difficulté. [...] j'arrivais plus à déconnecter ; la nuit je refaisais mes consults, je me rendais malade pour des patients, j'arrivais plus... » [MG 11]
- « ...là, c'est vrai que ça m'avait quand même bien perturbé cette histoire-là. » [MG 12]

6.2 De l'attitude réactionnelle à l'adaptation

*Des attitudes pas toujours conscientes

- « Après sur la prise en charge ? [...] est-ce que ça joue sur la prise en charge, sur la prescription à la fin ? peut-être, je sais pas, je me suis pas posé la question. C'est une bonne question. » [MG 12]

6.2.1 Globalement, des réactions instinctives

*Une consultation plus longue pour gérer ses affects

- « je pense plus que ça a pu influencer en termes de temps, parce qu'il faut réussir pendant la consultation à prendre le recul sur l'émotion. [...] Ça joue sur le temps de consultation. » [MG 12]

*Respect de son cadre : Pas de passe-droits médicaux

- « ...je lui ai tout de suite aussi dit que c'est pas parce qu'il avait un cadeau que je viendrais dès qu'elle m'appelle ou qu'elle aurait une prescription ou voilà. Donc ça je lui ai tout de suite dit, d'ailleurs très rapidement dès qu'elle me donnait un cadeau elle me disait « mais je sais docteur, c'est pas pour un passe-droit, n'ayez crainte, je ne vais pas vous acheter ». » [MG 5]
- «... je les prends et je les remercie et ça s'arrête là, ça ne m'a jamais mise mal à l'aise. » [MG 8]
- « Moi je sais pas ce qu'ils veulent, moi je fais mon boulot qui coûte toujours la même chose quoi. » [MG 10]
- « Pour le reste, un cadeau c'est un cadeau, s'il y a une demande derrière je le prends pas. Les cadeaux en vue d'obtenir quelque chose derrière avec moi, c'est pas la peine. » [MG 12]

*Se voir être désagréable

- « Du coup après pour m'en sortir, parce que ça m'a pollué la vie, j'ai fini par dire des choses qui me semblaient horribles. J'osais pas dire ce que je disais aux gens...
[...] tout d'un coup la dame comme ça, racontait sa vie, évidemment l'encyclopédie médicale, qu'elle fait des malaises tout le temps et puis je me souviens lui avoir dit « Ecoutez, n'en faites pas, lâchez moi parce

que c'est dimanche, je suis pas de garde et je vous laisserai par terre », j'ai dit des choses comme ça...mais ça marchait, les gens comprenaient. [...] Je disais aussi des trucs énormes « si maintenant, je dois vous donner une réponse, ça va vous coûter cher et c'est pas remboursé par la sécurité sociale », des trucs comme ça. » [MG 10]

6.2.2 Les réactions en situation de proximité médecin-patient

*La projection sur le patient

- « ...et j'ai projeté mes propres angoisses sur le patient, ça m'est déjà arrivé. » [MG 7]

*Un engagement excessif/en faire trop

- « ...ça me perturbe encore pendant le week-end, y'a des fois où ça m'est arrivé de les appeler pendant le week-end pour voir comment ils allaient. » [MG 7]
- « là je peux m'engager un peu trop. » [MG 10]

*Difficultés à maintenir la distance nécessaire

- « ...ça m'est arrivé dans des cas de soins palliatifs par exemple où j'arrivais pas à mettre de la distance suffisamment... » [MG 7]

*Trop d'affect limitant le soin

- « ...si ça devient des amis, tu t'impliques trop affectivement et t'arrives pas bien à les soigner. » [MG 7]

*Prise de distance défensive

Augmenter la distance physique

- « Bon y'a eu, si y'a eu un monsieur à qui j'ai dû une fois taper sur les mains mais... parce qu'il essayait de me toucher de partout... » [MG 4]
- « D'ailleurs, on en parlait je disais non, mais là du coup, y'aura peut-être même une plus grande distance physique aussi en particulier avec le premier qui a déjà eu des comportements... » [MG 5]

- « [...] à chaque fois qu'il part, il veut me faire un bisou sur la main et à chaque fois j'enlève la main et je lui dis que c'est pas possible. » [MG 8]
- « Bien sûr, y'a même un patient avec qui je garde mes distances physiques et j'ai dû faire ça pour pas mal de patients hommes qui profitent de la proximité de l'examen pour me mettre la main sur les hanches ou sur le bras. Je crois que j'ai fini par enlever les mains et y'a un patient que je fais carrément gaffe de plus l'approcher parce qu'il dérape [...] là il a repris sur lui mais il a récidivé et je fais attention à ma position, quand je prends la tension pour pas lui donner le temps de mettre la main sur moi. » [MG10]

Augmenter la distance symbolique, relationnelle

- « il y avait une relation pathologique avec une demande affective et euh, plus qu'affective très claire de sa part et donc c'est évident qu'il a fallu de façon simple remettre les choses en place [...]c'est vrai qu'il a fallu que moi, je résiste aux efforts de séduction de cette patiente, euh... de façon à ce qu'il ne se passe rien, si vous voulez en terme relationnel, qu'on arrive pas à nouer une relation qui aille complètement au-delà de la relation qui pour moi entre médecin et patient est normale
- « il recherche l'attachement voir même la séduction, ce genre de choses, donc ça, ça me fait un peur et là je vais peut-être plus faire attention à garder une distance, à ne pas rentrer dans de la proximité...[...] là j'ai ces deux-là en tête, avec eux y'a peut-être un peu une retenue et la proximité elle va être euh, elle sera jamais là, je maintiendrais avec eux une distance spécifiquement beaucoup plus grande » [MG 5]
- « Alors par exemple, y'a des jours où comme ce matin, je décide d'être gentille et j'avance dans son sens, alors voilà elle est contente et tout ça, et y'a d'autres fois où vraiment elle est chiant et j'ai envie de lui dire « mais arrêtez de me parler de ma mère, vous êtes pas ma mère ! » » [MG 6]
- « Après y'en a avec qui c'est compliqué, qui ont des comportements un peu étranges, qui recherchent de l'attachement ...en général, je mets de la distance assez rapidement. C'est gentil, « merci pour votre attention » mais maintenant c'est moi qui m'occupe de vous. » [MG 7]
- « ...je sais plus ce que je lui avais répondu, « oh oui mais en même temps c'était pas la peine d'aller jusque-là », enfin oui pour moi, c'était pas quelque chose de normal même si on se connaît depuis que je suis installée.[...] moi j'étais pas à l'aise.

Et en général que faites-vous ?

Ben j'ai tendance à remettre un peu de distance oui à ce moment-là. » [MG 8]

- « Je remets de la distance, en ne rentrant pas dans le jeu, en restant très professionnel, très carré. » [MG9]
- « Moi, ça m'a semblé assez vite essentiel dans la mesure où j'ai assez vite senti beaucoup de gens qui voulaient devenir assez vite intimes avec moi et je sentais très vite que ça, ça pouvait être un piège et surtout quand on démarre on n'est pas très sûre de soi encore. » [MG 10]
- « Il m'est arrivé effectivement de mettre une barrière avec une patiente qui me demandait de lui donner mon numéro de téléphone personnel, je lui ai expliqué que certainement pas quoi.[...] avec qui ça s'est pas toujours très bien passé, je pensais l'avoir virée, elle a pas compris. [...] Des fois, elle m'appelait tous les jours pendant une semaine, quand je l'ai vu, je lui ai dit Stop. Genre « je vais me faire hospitalisée, vous viendrez me voir ? ». A Strasbourg. Je lui ai dit « Non, ça va pas ou quoi, certainement pas ». » [MG 12]

6.2.3 Entre réaction et adaptation

6.2.3.1 Pour rester en accord avec ses principes

*Professionnel quoiqu'il arrive

Même en cas de contre-transfert négatif

- « ...d'autres que j'aime pas, que je ne peux pas saquer, mais je ne leur fais pas sentir, je trouve ça anormal [...] Dans certaines associations où j'ai été, je trouvais anormal que le président fasse ressentir son courroux contre certaines personnes, on n'a pas à faire ça professionnellement quel que soit sa profession. Y'a des gens je les déteste, ils me prennent la tête, si seulement ils partaient... mais je reste médecin, je fais ce que j'ai à faire. Je crois. » [MG 10]

Même si liens extérieurs de proximité relationnelle

- « J'ai souvent remarqué la chose suivante, disons que des patients avec qui on a passé des moments extérieurs, on a pu passer des moments très communs ; limite à l'extérieur ils vont pour certains m'appeler par le prénom [...] (D'ailleurs j'en ai plusieurs à l'extérieur, c'est presque du copinage), à partir du moment où ils passent dans le cabinet ils vont m'appeler docteur, ça dénote un peu la chose. » [MG 1]

**Fermeté vis-à-vis de ses choix et limites fixés (cadre personnel et réglementaire)*

De manière globale

- « *S'il a envie de continuer à me tutoyer c'est pas un problème, mais moi, je continuerai à le vouvoyer.* » [MG 2]
- « *...une bonne année pour arriver à les éduquer où j'ai beaucoup pris sur moi, c'était dur mais euh, maintenant ça paye, maintenant c'est super donc je suis contente.* » [MG 5]
- « *Après c'est vrai que y'a certains patients pour lesquels il y avait des choses que je ne voulais pas faire et qui du coup m'ont quittée. [...] Là, par contre, y'a plus personne qui me tient par rien du tout, je fais comme je le veux et si ça leur convient pas ben c'est tant pis pour eux, ils ont qu'à changer quoi.* » [MG6]
- « *Elle, au début elle voulait pas et puis finalement elle a accepté et je lui dis « vous avez pris de l'alcool, des médicaments, y'a eu un passage à l'acte, je peux accepter que vous fassiez ça sans que je réagisse », donc je l'ai hospitalisée.* » [MG 7]
- « *J'ai fini à un moment donné par lui dire que je le trouvais mieux et lui donner des RDV à un mois au lieu de toutes les semaines et il m'a appelé immédiatement en me disant que je me suis trompée en lui donnant un RDV trop éloigné, alors je lui ai expliqué que ça allait mieux [...] J'ai dû me battre mais là ça va mieux, je trouve. [...] mais je suis tout le temps en train de me battre pour que ça ne recommence pas. ...puis j'ai refusé de changer ma manière de m'habiller, je me suis dit « c'est à eux de me respecter»[...] Je sais pas ce qu'il y a derrière tout ça mais moi j'essaie de pas rentrer dans ces trucs-là»* [MG 10]
- « *...comme j'accédais pas à sa demande en lui expliquant que j'étais obligée de le justifier, qu'il n'y avait pas de motif et que je ne voulais pas faire de motif de travail de complaisance.* » [MG 11]
- « *Par rapport à elle, je suis positionné clairement, je lui ai dit, elle m'a fait 2/3 coups foireux. [...] Je suis clair, là c'est elle qui est en recherche. En fait, je pense qu'il faut savoir être ferme sur sa position* » [MG 12]

Face aux demandes de complaisance

- « *Par contre, les certificats c'est Niet ! J'en ai encore parlé ce matin, il faut être catégorique, rigoureux et, F-M-P-C « Faits Médicaux personnellement constatés » et il faut que ça soit ... euh sinon, ça peut jouer des tours. Ça c'est clair et récemment on m'a demandé quelque chose, j'ai dit « Niet, il en est hors de question, ça je ne peux pas faire », je sais plus ce que c'était mais c'était un Non catégorique.* » [MG 3]

- *« Bon après je peux avoir des demandes de prescription de médicaments pour des gens qui sont restés au pays et tout ça, ben ça je refuse en général. » [MG 4]*
- *« Pour les certificats, de sport par exemple, je les fais pas, je demande aux gens de venir, systématiquement ; je comprends que ça puisse les embêter mais sinon, ils vont t'en demander tout le temps. Et t'as ta responsabilité donc il faut quand même examiner un minimum. Je mets parfois des ordonnances à disposition pour des renouvellements mais pas pour des renouvellements d'hypertension ou d'antidiabétiques par exemple. » [MG 7]*
- *« ... pas se laisser marcher dessus parce qu'un patient est exigeant et qu'il exige, je sais pas des antibiotiques, des trucs... » [MG 8]*
- *« Avec mes proches, je suis plus redoutable que l'on veuille abuser du cousinage pour avoir des ordonnances et des arrêts de travail, ça je suis redoutable depuis le premier jour. » [MG 10]*
- *« Moi j'essaie toujours quand même, des fois ça fait pas plaisir de dire non mais bon j'essaie toujours de rester à peu près dans les clous. [...] moi, je pense que j'ai pas fait 10 ans d'études pour être gentille ou rendre des services, je suis là au service des gens, c'est pas la même chose que rendre des services et pour le faire dans le respect de ce qui a été fait.
[...]Y'a des lois, y'a des certificats, faut faire très attention à ce qu'on écrit, on est pas là pour faire plaisir, on est là pour constater les choses et que les gens aient droit à ce à quoi ils ont droit ; mais là je suis encore assez rigide. [...] C'est vrai que les certificats de travail rétroactifs, moi je fais pas... dans l'ensemble je suis assez ferme là-dessus parce que je veux pas me sentir pas bien, après je rumine ça, j'aime pas faire des choses sous la contrainte. » [MG 11]*
- *« Par contre, pas sur la contraception, la contraception du tout. Souvent c'est des gens qu'on voit jamais et qui demande un renouvellement de pilule, donc c'est hors de question.
[...] Le certif de sport, je le fais avec un interrogatoire complet, un examen clinique complet, éventuellement un électrocardiogramme, une bandelette urinaire enfin voilà. Je vois si y'a un bilan cardio de fait, s'il a déjà fait un électrocardiogramme...
[...] C'est une question de franchise parce qu'un moment il y a ça aussi ; à un moment les « j'ai mal-ci, j'ai mal là » à un moment, c'est bon. J'en ai une qui me l'a fait et à un moment je lui ai dit, on s'arrête là. Faut être clair sur ça. » [MG 12]*

*Rester fidèle à ses valeurs

- « ...j'ai pas envie d'entretenir quelque chose qui n'a pas lieu d'être en tout cas. » [MG 8]
- « ...de toute façon, maintenant ils sont tout de suite calmés car les assurances demandent un tas de trucs à remplir, d'ordonnances datées, pour prouver. Donc ça vous l'expliquez aux gens. Je pense que c'est pas l'objectif et ça rend pas non plus service aux gens, parce que ça les mets aussi dans une situation difficile et vous êtes obligée de mentir pour eux donc bon. » [MG 11]

*Verbaliser et s'expliquer clairement lors de problématiques relationnelles

- « ...mais si quelque chose aurait dû mal à passer je le dis clairement, je vais pas le garder, non ça va être clair. D'ailleurs, ça m'est même déjà arrivé de dire, parce qu'un patient je le sentais pas ou y'avait pas ... ben lui dire que c'était pas forcément chez moi qu'il fallait continuer... [...] c'est toujours très clair. » [MG 1]
- « Je pense qu'il a cessé de me voir celui-là... bon moi, une fois que j'avais dit ce que j'avais à di-, enfin que j'avais manifesté ce que j'avais à manifester, ça me dérangeait pas. » [MG 4]
- « ...je le verbalise, je leur explique pourquoi hein, c'est pas juste euh « on me tutoie pas », je leur explique pourquoi. [...] si y'avait entre guillemets ce genre de reproches à faire il fallait qu'on en parle de vive voix parce qu'il faut que je puisse m'expliquer, surtout expliquer pourquoi j'avais écrit ça ou dit ça, donc voilà. » [MG 5]
- « ...par exemple, quand les gens me mettent mal à l'aise avec des propos racistes ou des trucs comme ça, ou quand ils commencent à critiquer, je leur dis clairement, je leur dis qu'ils arrêtent ça tout de suite [...] Ou bien quand ils me mettent mal à l'aise à me raconter des trucs pas possibles, je leur dis « arrêtez, c'est bon ».
[...]Bon par contre, y'en a certains s'ils reviennent me voir, je leur dirai « non », on m'a aussi appris ça, à dire quand ça ne va pas [...] Donc je pense qu'effectivement, des gens qui seraient partis sans explication comme ça et qui reviennent la bouche en cœur, c'est niet, je leur dirai clairement. » [MG 6]
- « [...] Y'a des patientes qui me disent « vous trouvez ça déplacé si je vous invite à boire un café ? », je leur explique que j'ai pas le temps, c'est bon j'ai une vie de famille, j'ai trois enfants à gérer ; «j'ai pas le temps d'aller boire un café, je suis désolé ». [MG 12]

6.2.3.2 Pour trouver un terrain d'entente

*Savoir recadrer pour permettre la poursuite du suivi

- « C'est une patiente que je vois toujours, donc pour moi maintenant, enfin de mon point de vue les choses sont complètement claires et je pense qu'elle aussi a compris euh, que c'était pas la peine d'insister mais, elle continue à venir de façon mensuelle » [MG 2]
- « Par contre, si jamais y'a dérapage, je recadre tout de suite, comme pour les gens qui ne viennent pas au rendez-vous, comme pour les gens qui demandent quelque chose qui n'est pas justifié, je trouve que si on recadre tout de suite ça passe très bien. » [MG 5]
- « Après des gens trop envahissants, y'en a une qui est dans une secte et qui a tendance tout le temps à vouloir me ramener dans sa secte, en me ramenant des papiers tout ça. Elle, au début ça se passait bien mais j'ai dû la recadrer, non mais voilà.
[...] je vois notamment, y'a une patiente qui est vraiment mais complètement hystérique et qui cherche une relation amicale, le tutoiement, j'ai tout de suite mis les limites parce qu'elle recherchait et sinon elle allait venir tous les jours, elle m'appelait tout le temps ... et rapidement elle a compris et du coup, ça se passe bien maintenant. » [MG 7]
- « Alors au début, j'étais un peu dans l'empathie mais je lui ai fait rapidement comprendre que j'arriverais pas à répondre à toutes ces demandes [...] finalement les choses se sont un petit peu apaisées et j'ai pu continuer à la suivre.
[...] (je suis aussi membre d'une association donc c'est vrai que je connais pas mal de monde qui ont mon numéro de portable) [...] là j'ai fait que les choses s'arrêtent et les gens m'appellent en passant par le cabinet si c'est d'ordre professionnel.» [MG 8]
- « Je m'en sortais plus, j'ai dû plus ... sortir de moi, devenir plus intransigeante. Un jour je lui ai dit que c'était inacceptable ce qu'elle faisait ; elle me donne des ordres, de faire des ordonnances ; en plus pour des trucs qui ne riment à rien, qu'elle me manque de respect [...] J'ai dû aller loin, lui expliquer qu'il n'en était pas question. [...] Recadrer, j'ai dû le faire régulièrement. On peut jamais se reposer, les humains sont comme ça, les relations humaines sont complexes. Y'aura toujours des gens qui voudront avoir des passe-droits. » [MG 10]

- « Et puis je dirais, l'autre cadre où des fois, t'es obligé de fixer des limites, c'est quand il y a des patients qui dépassent les bornes quoi, qui comprennent pas. [...] Y'a aussi déjà eu des demandes inadaptées, des comportements inadaptés, y'a des gens qui sont limite irrespectueux, donc ça je recadre. [...] soit on a recadré les choses et puis ils ont réfléchi et ils ont accepté [...] « moi je n'accepte pas ce genre de comportement et si vous souhaitez changé de médecin, vous pouvez changer de médecin, voilà ». Après il est revenu, il s'est excusé et puis on a recadré. » [MG 11]
- « Une fois, elle me demande de venir à domicile parce qu'elle pouvait pas venir au cabinet, sauf que j'arrive à son domicile, elle y est pas parce qu'elle a dû aller au Super U en urgence ou je sais pas faire quoi, là ça a bardé. » [MG 12]

*Cadrer progressivement

- « Donc petit à petit, finalement, on arrive à mettre en place une relation patient-médecin alors qu'on a peut-être au départ, enfin on risque d'avoir une relation toxicomane-dealer ; mais on y arrive, ça prend un peu de temps, tout en cadrant. » [MG 2]

*Se taire ou faire comprendre indirectement

- « Alors, est-ce que je lui fais la réflexion « j'aime pas qu'on me tutoie » ? Non.... Mais euh..... je dis toujours, c'est mon point de vue, il vaut ce qu'il vaut ; les gens viennent ici avec ce qu'ils sont et avec leurs moyens intellectuels, psychologiques etc ; donc ça moi, c'est quelque chose que je respecte et dont je tiens compte. Donc quelqu'un qui me tutoie, je lui fais comprendre de façon indirecte que moi, je préfère qu'il me vouvoie. » [MG 2]
- « Je reste au vouvoiement, je le dis pas, quitte à ce que, après il comprenne. [...]j'ai rien dit mais j'ai fait comprendre que ça ne me plaisait pas. Sinon, ça ne va plus. » [MG 9]
- « Avec d'autres patients, il y a eu des dérapages verbaux, que je recadre pas toujours ; des fois je fais celle qui n'a rien entendu. » [MG 10]
- « Je lui ai pas dit directement, après je ne suis pas très à cheval sur les titres. » [MG 11]
- « Je le dis pas parce que j'ai pas envie de les mettre mal à l'aise et que c'est pas récurrent, c'est dans la conversation ça vient, ça sort comme ça. » [MG 12]

*Faire semblant de rien après un différend

- « Après c'est marrant parce que c'est des gens qui reviennent parfois me voir quand ils ont pas vraiment le, voilà, ça c'est toujours un peu délicat (rires), ça met toujours un peu mal à l'aise, bon et ça m'amuse un petit peu. Mais on reparle pas des choses, on fait semblant, parce que moi je suis pas là pour régler des comptes. » [MG 6]

*Moduler et envisager l'adaptation avec ses propres conditions

- « Ensuite, y'a des gens qui m'appellent, ils ont besoin d'un truc ponctuel, je sais pas un certificat, un truc ; je leur ai déjà fait, j'en fait un autre et ça ne me dérange absolument pas. » [MG 2]
- « ... bon si c'est du Doliprane, ça ne me dérange pas, mais en général c'est pas ça. » [MG 4]
- « Pour ce qui est des ordonnances, ça m'arrive dans certains cas, mais je faxe à la pharmacie directement pour les gens qui ont des pathologies graves, les autres se déplacent [...] pour des antalgiques ou anti-migraineux ou antihistaminiques ... » [MG 7]
- « ...bon des certificats de complaisance, ça dépend, je dis pas que j'en ai jamais fait, mais j'essaie toujours de rester quand même dans les clous. [...] alors évidemment, je refuse pas d'avancer une ordonnance parce qu'ils ont pas le temps, mais j'évite aussi parce qu'il y en a qui abusent. » [MG 11]
- « Après, pour quelqu'un que j'ai revu très peu de temps avant, je refais les choses si j'ai les éléments.[...] y'a aussi les choses à mettre au clair. Les gens qui sont pas bien, ok je les mets en arrêt, je leur dis « je vous mets en arrêt une semaine, on peut le reconduire une fois, mais je vais pas le faire tous les quatre matins. On le fera peut-être deux fois mais on le fera pas plus, parce qu'il faut pas exagérer, parce que s'il y a un problème avec votre travail, il faut changer de travail ». » [MG 12]

6.2.3.3 Quand la relation médecin-patient s'annule

« Mais ça été exceptionnel, ça vraiment été exceptionnel. » [MG 2]

*Sans confiance du patient, relation abolie

- « Il m'est déjà arrivé de dire à des gens sur un ton plus amical, « j'ai l'impression que vous me faites plus confiance, donc il faut changer de médecin », ça je leur ai déjà dit et c'est vrai que si le patient n'a pas confiance avec son médecin, c'est pas possible. » [MG 2]
- « Enfin de la part du patient en tout cas, c'est fondamental ; parce que toutes les fois où les gens n'ont pas confiance en moi, c'est très compliqué. » [MG 6]
- « Ah si j'en ai rencontré (des problèmes relationnels) mais pas à cause de la distance, plutôt parce que certains patients m'en voulaient, ils pensaient que j'avais fait une erreur de diagnostic... » [MG 9]
- « Moi personnellement depuis le début, je ne fais rien pour garder des patients qui ont un problème de confiance, je n'insiste pas pour qu'ils restent.[...] je sens vraiment qu'ils n'ont pas confiance, je leur propose vraiment, je leur dis très clairement que moi c'est mon avis, que c'est pas forcément la vérité mais que sur cette question j'ai cet avis, mais qu'ils ne sont vraiment pas obligés de l'accepter et ils sont surtout pas obligés de revenir.

[...]il croyait en moi ; il a fait un OAP et ben depuis il a plus confiance en moi, c'est terrible et ça c'est douloureux. » [MG 10]

*Pour être en accord avec soi-même = stopper la relation en respectant son propre tempérament

- « Moi, le patient qui est X fois demandeur, il reste pas, mais parce que je suis aussi d'un tempérament... » [MG 1]
- « ... ça fait longtemps que je ne la soigne plus, mais c'est quelqu'un à qui j'ai fait un courrier lui expliquant que je ne voulais plus être son médecin traitant. [...] Donc c'est vraiment quelque chose de très particulier avec des exigences très particulières, des moments où elle était franchement désagréable, où elle mettait mes compétences en doute [...] Donc ça c'est une rupture de la relation médecin, enfin patient-médecin et à mon initiative. » [MG 2]
- « Mais du coup c'est sûr qu'à ce moment-là, on le voit pas bien mais on veut plus non plus le soigner hein, c'est clair. Il faut parfois passer le relai... » [MG 4]

- «... mais y'avait pas de dialogue, j'arrivais pas à avancer avec eux quoi. C'était un problème de dialogue et je voyais qu'il se foutait de tout, donc je lui ai dit « si ça marche pas avec moi, il faut chercher ailleurs quoi ». » [MG 7]
- « Ça en est venu jusqu'au point que je lui dise que je pourrais plus être son médecin traitant, qu'il y avait trop de demandes qu'il n'était plus possible de gérer. » [MG 8]
- « ...pour le premier, je lui ai demandé de ne plus jamais venir dans mon cabinet sinon j'appellerais la police immédiatement. » [MG 10]
- « Après y'a des patients des fois avec qui on va au clash. Je préfère dire non et que la relation se termine, ça vous soulage, plutôt que d'avoir la boule au ventre en voyant certains patients en salle d'attente en vous disant « comment ça va se passer ? comment je vais m'en sortir aujourd'hui ? » » [MG 11]

*Ressentir l'envie de fuir certaines situations

- « J'ai été à un moment donné à 40 ans prise envie de rentrer chez moi parce que deux hommes de suite ont dérapé et je voulais même mettre un panneau dans ma salle d'attente que je reçois plus les hommes. » [MG 10]

*Mentir pour déjouer certaines sollicitations

- « Je connais des médecins autour de moi qui, y'en a un par exemple, pour ne pas recevoir de toxicomanes, il raconte qu'il a eu des problèmes avec l'ordre des médecins, qu'il a interdiction de recevoir des toxicomanes, pour se libérer du problème. » [MG 2]
- « L'autre jour, c'est arrivé qu'une dame s'arrête en voiture pour me demander quelque chose, j'ai dit « j'ai une urgence, je ne peux pas », j'avoue que les urgences c'est bien pratique, je suis pressée, je peux pas.
[...] « Tu m'envoies une ordonnance par mail ? », « Rien du tout, je sais pas faire des ordonnances par mail. » » [MG 10]

*Passer le relai à un confrère spécialiste

- « Bon, le relai aux spécialistes, c'est une bonne façon de résoudre un problème, par exemple, le patient qui n'a pas confiance en votre décision ; donc souvent la parole du spécialiste a plus de poids, donc euh, à la limite, le spécialiste va s'emmerder autant que moi mais au moins pendant ce temps, le patient sera occupé donc on peut un peu gérer ça comme ça quoi. Donc, c'est vrai que le spécialiste peut un peu servir à ça. » [MG 2]

*Devoir recourir à certaines assistances externes pour gérer des débordements

- « Pleins de choses me sont arrivées, [...] Mais j'ai dû appeler la police deux fois quand même l'année dernière sur le lieu de mon travail.
[...] Je l'ai informé que j'appelais la police, ils sont venus et m'ont bien arrangé le problème. » [MG 10]

6.3 Les causes ou situations sources de mises en difficulté

6.3.1 Les déterminants inhérents au médecin

*Une tendance pour les jeunes médecins à ne pas laisser assez parler le patient

- « ... enfin ça, c'est en voyant travailler les internes, vous parlez mille fois trop.[...]l'interne demande «et la télé le soir jusqu'à quelle heure ? vous buvez beaucoup de café ? etc. » puis quand je sens qu'il s'enlise un peu trop je dis « mais vous dormez où ? » et cette dame elle dormait dans un parc donc qu'elle ne puisse pas dormir... » [MG 4]
- « ...à moins tout de suite avoir un raisonnement tout fait dans ma tête ; ce qu'on a tendance à faire des fois quand on sort de la fac et qu'on est jeune. [...] Ça, je dirais, à force ce qui m'a permis de progresser, beaucoup plus écouter d'abord ce que disent les gens. Avant je pense que j'essayais déjà de faire les questions-réponses, j'étais très systématique. » [MG 11]

*La problématique de la communication

- « Un médecin qui communique pas, c'est pas...il est pas, il est pas thérapeutique [...] On est thérapeutique, si on communique bien, si on communique pas bien, on n'est pas thérapeutique. [...] c'est ... un problème de communication je pense, que j'ai mal géré. Pour elle, son problème c'était sa colonne cervicale, pour moi c'était son hypertension, donc on n'était pas d'accord, enfin bon, on était pas sur la même longueur d'ondes, donc ça pouvait pas fonctionner [...]. On a pas parlé de la même chose, donc au bout d'un certain temps, ça fonctionne pas. » [MG 2]
- « C'était un problème de dialogue et je voyais qu'il se foutait de tout. » [MG 7]

*L'effet inhibant de l'affect contre-transférentiel négatif

- « On parle de trop de proximité, on parle jamais de trop d'éloignement. Et moi ça peut m'arriver aussi d'être trop éloignée de certaines personnes et de finalement tellement pas m'intéresser, ils m'énervent tellement ou je ne sais quoi, que je ne peux finalement plus m'intéresser à leur situ-, enfin y'a tellement de distance que je peux pas m'intéresser à leur situation. » [MG 4]
- « Parfois, quand je les aime pas, quand je m'entends pas avec eux, je vais être un peu, je vais avoir des jugements qui vont interférer avec mon diagnostic, du côté négatif quoi. Genre, je trouve que y'en a un qui abuse qui, notamment une patiente qui abusait un peu au niveau arrêt de travail, accident de travail et en fait, elle avait un problème au niveau de la main et j'avais un préjugé sur elle en me disant « franchement, elle abuse, elle cherche l'arrêt de travail » et en fait, y'avait quand même vraiment une entorse au niveau des ligaments carpo-métacarpiens et que du coup, j'ai mis un peu plus de temps, j'aurais dû faire une IRM plus tôt. » [MG 7]

*L'influence de la conscience de sa propre image

« Vu que j'ai l'impression que les gens ont...que je n'impressionne pas beaucoup les gens, c'est l'impression que j'ai, que les gens veulent très facilement être copains avec vous, et que j'ai eu du mal à m'imposer comme médecin même face aux visiteuses de labo qui étaient des filles, face aux secrétaires médicales et tout. » [MG 10]

**Le refus de céder à la demande d'actes injustifiés*

- « Quelqu'un que je connais pas qui veut un arrêt de travail pas totalement justifié, pffff... si je lui dis non, alors ça va être une crise, ça va être pour moi, un quart d'heure d'explication du pourquoi-comment. »
[MG 5]
- « Y'a une maman, elle voulait que je lui fasse un certificat de contre-indication à la pratique du ski à sa fille parce que quand elle allait à la neige elle avait mal à la tête et qu'après elle faisait une migraine. J'ai dit non quoi et après elle a changé de médecin, mais ça, ça m'a pas dérangé. » [MG 6]
- « ...c'est vrai que c'est pas facile de dire non, des fois y'a des gens qui sont fâchés, qui le prennent mal, qui estiment qu'ils vous embêtent jamais. [...] puis après, parce que je lui ai refusé un arrêt de travail qui n'était pas justifié, il voulait faire pression sur son employeur et se mettre en arrêt de travail ; comme j'accédais pas à sa demande en lui expliquant que j'étais obligée de le justifier, qu'il n'y avait pas de motif et que je ne voulais pas faire de motif de travail de complaisance ; donc après il était un peu insultant. » [MG 11]

**Réticence et méfiance anticipées pour certains patients*

- « « Beaucoup de médecins s'en méfient, c'est un menteur, il va me rouler dans la farine, il dit n'importe quoi, on peut pas le croire... » Donc c'est quelqu'un dont je me méfie par avance et à la limite, je veux pas le voir parce qu'il va me rouler dans la farine. » [MG 2]
- « ... il faut qu'on fasse attention à ça en tout cas mais sinon, non. Peut-être aussi avec les patients érotomanes peut-être, où faut vraiment se mettre très très à l'abri. » [MG 4]
- « ...c'est pas vraiment que je me sente mal à l'aise mais j'ai par exemple un patient bipolaire, il me fait peur, alors j'ai pas peur quand il est là et que je vois qu'il est bien équilibré mais bon, il est pas du tout équilibré au niveau de son traitement, [...] je sais qu'il a déjà eu, c'était noté dans ses comptes-rendus de psy, des comportements un peu inappropriés avec certaines infirmières, ce genre de choses ; alors moi ça m'est jamais arrivé mais je me dis s'il a pu le faire avec des infirmières euh, il peut le faire avec moi, la seule différence c'est que moi, je suis toute seule et que des fois, il est là à 20h le soir et voilà donc là... Après y'a certains patients que je sais agressif, un autre d'ailleurs psychiatrique que je sais agressif qui a déjà eu des conduites hétéro-agressives ; alors avec moi il est tout gentil, y'a jamais eu aucun problème,

ça se passe bien, mais je me dis si une fois ça dérape, je pense qu'il pourrait être agressif avec moi et du coup y'a peut-être un peu une retenue. » [MG 5]

- *« Je ne parle pas des patients difficiles où de toutes façons, on ne va pas non plus créer des liens particuliers quand c'est le calvaire déjà comme ça. [...] J'ai déjà ressenti ça, du coup, je reste quand même sur mes réserves. » [MG 9]*
- *« D'abord, un parano, donc j'étais prévenue par sa famille que le gars il faisait un délire total... » [MG 10]*

6.3.2 En lien avec la proximité relationnelle

6.3.2.1 Les conséquences risquées de la proximité relationnelle établie

LES ÉCUEILS POUR LA PRISE EN CHARGE BIOMÉDICALE

*Le risque de perdre son objectivité

- *« ...on est plus dans l'empathie et si on est trop dans la sympathie, ben on peut être affecté par les émotions du patient. C'est surtout sur le plan émotionnel, après on peut mal, du coup, c'est sûr qu'on peut être perturbé au niveau du soin, euh si on est trop dans l'émotionnel, on peut ne plus être suffisamment objectif. » [MG 3]*
- *« ...et puis ne plus être capable de faire tout à fait correctement son métier. » [MG 4]*
- *« ...j'aime pas soigner ma famille et mes amis parce qu'il y a une dimension autre qui parasite et du coup on est plus très lucide. » [MG 5]*
- *« ...une trop grande proximité nuit à la qualité du soin dans le sens où l'affectif va submerger complètement tout ce qui peut être un peu objectif. » [MG 6]*
- *« J'ai toujours peur justement de pas garder cette distance et cet esprit clair suffisant et de mettre mon affect dedans et ça perturbe mon jugement. » [MG 7]*
- *« Ben, est-ce qu'on a toujours cette même indépendance d'esprit, cette même distance ? [...] Difficulté de traiter, difficulté d'examiner, de garder un point de vue objectif, il ne faut pas faire d'actes à la sauvette. Au début, c'est vrai ça me dérangeait un peu plus parce que peut-être que quand y'a une proximité qui s'installe, ben le point de vue médical peut changer, ça c'est clair. » [MG 9]*

- *[...] mais quand on a des enfants, comment on délire quand ils ont quelque chose, on voit la différence quand on travaille avec une certaine distance. » [MG 10]*
- *« Après, ça rend moins objectif [...] Je crois que si on est trop impliqué, on ne peut pas être efficace parce qu'on a pas assez d'objectivité. [...] Je pense qu'on est moins efficace avec les gens qu'on connaît. » [MG 12]*

*S'éloigner de l'objectif médical

- *« ...parce que du coup la proximité est trop grande et la part médicale perd un peu du coup, au profit de cette relation. » [MG 5]*
- *« avec mon fils, depuis deux ans, je sais qu'elle l'aime bien et il l'aime bien donc voilà, je lui dis un mot [...] Si je commence à discuter, on perd du temps, les gens sont pas venus là pour qu'on papote [...] qu'en plus ça va prendre du temps à la consultation médicale, et c'est du temps perdu quand même. Y'a des fois quand y'a des renouvellements, parce que moi je vois les gens tous les trois mois pour les renouvellements, et ben je me dis qu'on a beaucoup discuté et que à part faire Reprint et puis prendre la tension, voilà. » [MG 6]*

*Le piège d'un suivi médical routinier

- *« Ce qui pourrait être un peu compliqué c'est la routine, ce qui pourrait ne pas être favorable c'est de rentrer dans une espèce de routine avec un patient. [...] sinon effectivement y'a une lassitude qui pourrait se faire » [MG 1]*
- *« Des fois ça la complique aussi, ça fige des fois dans un certain mode de relation. On a parfois du mal à en sortir. » [MG 12]*

*Le danger de minimiser les plaintes /banalisation

- *« ...soit on en fait beaucoup trop soit au contraire moi je pense plutôt que j'en fais pas assez. [...] »*
- *« Le risque c'est, il faut quand même se méfier de ça, de ces avis entre deux portes, on prend à la légère. » [MG 9]*

*Un risque majoré d'erreurs médicales

Des retards de diagnostic

- «... j'ai des exemples où je pense que ça impacte la relation de soins, c'est-à-dire que moi j'arrive pas à penser à des choses graves, enfin j'arrive à y penser suffisamment ou voilà. [...] Donc il peut peut-être me falloir un peu plus de temps pour penser que tiens, elle a, euh la chose la plus caractéristique, c'est euh, j'ai une patiente toxicomane qui toussait et sa toux passait pas, elle fumait et moi j'ai même pas penser au cancer du poumon enfin, bon avec le recul. [...] Ben ce que je disais, c'est-à-dire qu'on peut zapper des diagnostics graves. » [MG 4]
- « Donc parfois aussi, le fait de bien connaître peut induire des retards au diagnostic » [MG 7]
- «... c'est qu'il a fait une hémorragie digestive et que le temps que je fasse enfin une prise de sang parce que lui me disait juste qu'il se sentait pas trop bien et que finalement il était anémique à 6.4, ça faisait plusieurs jours que ça durait, mais là c'est la seule fois où j'ai dit de changer de médecin traitant, parce que ça a clairement entraîné un retard de diagnostic. » [MG 8]
- « J'ai tellement vécu ça avec des proches, notamment avec ce prêtre avec qui j'ai failli passer à côté de son infarctus parce que je voulais pas qu'il en ait un. Je lui ai fait perdre quand même 12h dans la prise en charge parce qu'il m'a acheté avec son affect et que je voulais pas qu'il ait un infarctus. [...] parce que le risque aussi c'est de passer à côté de certaines choses. » [MG 10]
- « C'est sûr les gens qu'on aime ou apprécie on n'a pas envie de les voir malade donc c'est vrai que passer à côté de certains signes ... » [MG 12]

Donner les mauvais conseils

- « puis va y'a avoir le mauvais côté où étant investie affectivement j'arrive pas à mettre la distance et parfois, j'ai trop le nez dedans et je donne les mauvais conseils, ça ça peut arriver ». [MG 7]

*Une limitation pour certains aspects du soin

- « Ben par rapport à la distance physique déjà. Par exemple, examiner une femme au niveau génital et qu'on connaît bien, c'est difficile et je ne le fais pas. Les problèmes urologiques chez ceux que je connais bien, je passe tout de suite la main. » [MG 9]

LES ENTRAVES POUR LA RELATION THERAPEUTIQUE

*Un obstacle à la communication d'ordre médical

- « Je trouve que ça (le vouvoiement) met une distance qui fait qu'on peut encore dire certaines choses qu'on pourra peut-être plus dire une fois qu'on tutoie les gens ou qu'on est trop proches. » [MG 6]
« Si c'est un ami où un patient plus proche, est-ce qu'il dira s'il est pas d'accord avec ma façon de faire, de voir ? Comment s'y prend-il pour me le dire ? C'est une difficulté de communication du coup. » [MG 9]

*Une impartialité troublée

- « J'essaye de traiter et de soigner tout le monde de la même façon mais je pense qu'il y a quand même un petit biais par rapport à cette proximité qu'on peut avoir avec certains patients. » [MG 5]
- « Ben je pense qu'humainement, même si on essaye de traiter tout le monde de la même manière, y'a des gens qui sont plus attachants, y'a des histoires qui sont plus émouvantes. » [MG 11]

*Des difficultés à maintenir ses limites, son cadre

- « ... si déjà on a de l'affection pour eux, mais si on est vraiment proches des gens, ben déjà on a plus de mal à leur dire non pour certaines demandes, des choses qui sont un peu limites. » [MG 6]
- « Je pense que c'est avec eux que je vais lâcher, quand je vais prendre un RDV on va trop discuter en dehors de leurs problèmes de santé et je prévois des fois un quart d'heure de plus. » [MG 10]

Céder des certificats de convenance

- « Notamment y'en a une à qui je pense, je l'ai mis en arrêt de travail pour un harcèlement au travail, je pense que d'autres je l'aurais pas fait ; après je la connaissais bien, y'avait une relation amicale qui s'était installée, je pense qu'elle aurait pu se débrouiller autrement que par l'arrêt de travail, ça lui a permis de finalement, elle a réussi à avoir une rupture conventionnelle et après ça été, mais je l'ai fait parce que je la connaissais. » [MG 7]
- « Ça m'est déjà arrivé de faire un certificat médical pour qu'une patiente soit remboursée parce qu'elle devait annuler ses vacances, alors qu'elle était pas malade mais il fallait un certificat pour l'assurance

sinon elle perdait sa réservation. [...] je l'ai trouvé quand même honnête et j'ai trouvé ça mieux plutôt qu'elle vienne simuler » [MG 8]

- *« ...elle m'a encore inventé qu'elle allait pas avoir son emploi et qu'il lui fallait absolument un certificat comme quoi elle était vaccinée contre le BCG ou qu'elle a une IDR positive, j'en ai eu tellement marre que je lui ai fait. Je lui ai dit « je vous fais un faux » ce que je ne sais pas faire ; mais elle était dans un tel état de stress qu'elle m'a communiqué. « Je lui ai dit « j'ai fait l'IDR qui est négative mais je vais vous marquer qu'elle est positive parce que je veux pas que vous ayez encore un ennui, que ce boulot vous passe sous le nez ». J'étais trop investie dans cette histoire, j'étais proche. » [MG 10]*
- *« y'avait une patiente après les attentats, elle voulait plus prendre l'avion et pour annuler son voyage, il lui fallait un certificat, je lui ai fait. Alors, bon, est-ce que c'était vraiment ? Elle voulait plus, bon on l'a passé sur de la pathologie mais en vrai y'avait pas d'état pathologique, donc ça oui c'est de la convenance. Je pense qu'elle pouvait prendre l'avion, elle l'aurait fait, elle aurait été très mal etc, y'a un syndrome anxieux sous-jacent, ça se discute quoi, mais je pense que ça m'a plus touché. » [MG 12]*

Un risque d'épuisement professionnel

- *« Ils se sont fait manger. Ils ont arrêté d'ailleurs. La dernière fois que je les ai croisés, il refilait leur patientèle. Je sais pas ce qu'il s'est passé exactement mais...bon l'un dans l'autre, tenir comme ça... » [MG 12]*

*Risque de rupture si épreuve difficile traversée conjointement

- *« ...ou alors parce qu'il y a eu un évènement difficile, les patients veulent abandonner tout ce qui a pu entourer ce qui était difficile et passer à une autre forme de vie. » [MG 1]*

*Une identification au patient ou compassion excessives / identification projective

- *« j'ai en l'occurrence une situation là en tête, euh d'un patient qui a à peu près mon âge, peut-être un petit poil de plus, non peut-être quand même mon âge et euh... on est quand même un petit peu affecté, comme si quelqu'un de votre âge euh, une copine de lycée ou je sais pas quoi, on trouve une cochonnerie ben quelque part ça affecte » [MG 3]*

- « Y'a des fois où ça m'est arrivé de coller trop à l'histoire du patient, ; ça m'est arrivé dans des cas de soins palliatifs par exemple où j'arrivais pas à mettre de la distance suffisamment... » [MG 7]
- SELON L'HISTOIRE DES PATIENTS « Pour des histoires de femmes battues, de femmes qui ont vécu de la violence, [...] Quand enfin elle a vu le début de la fin, c'est-à-dire, qu'elle a trouvé un boulot qui pouvait lui permettre de sortir de l'enfer conjugal dans lequel elle était, que je vivais avec elle depuis des années que j'en pouvais plus. » [MG 10]
- « mais est-ce que le fait d'avoir un patient qui soit pas loin de la fin de vie à domicile, où moi je projette mon idée de ma propre fin de vie, est-ce que ça me rend pas d'abord plus proche de la situation parce que j'adhère à ce qu'il se passe, je m'y projette et du coup ben je ferai comme j'aimerais que ce soit fait pour moi. Alors du coup, est-ce que ça ? ... Je pense que c'est plus difficile... » [MG 12]

*Un lien d'attachement risqué

- « ...il y a des gens qu'on aime bien et puis ça fait, oui je dirai vulgairement, ça fait chier qu'ils soient malades. » [MG 3]
- « Après peut-être un risque d'un trop grand attachement à certains patients...[...] d'être trop attaché et du coup d'en faire trop » [MG 5]

6.3.3 Autres problématiques relationnelles

6.3.3.1 Émanant du patient

*Un niveau de demandes inadapté ou ambigu

- « [...] qu'il se trouve qu'on suit ici un peu des toxicomanes donc de temps en temps, ils ont des exigences qu'on peut pas suivre et puis euh ...[...] Il existe d'autres problèmes de type relationnel, par exemple avec le toxicomane primo demandeur [...] Donc justement, on a un toxicomane qui vient pour la première fois, que je ne connais pas, qui vient avec une demande précise, et très souvent sa demande elle est ambiguë » [MG 2]

- « ... et il exigeait que je lui remette à lui la demande d'aide au maintien à domicile pour les personnes âgées alors que sa mère n'en voulait pas, tous les autres membres que je connaissais n'en voulaient pas et j'avais bien compris...
[...] Je conseille dès le début d'être très attentif à l'abus des patients qui ont des demandes incroyables, des demandes... » [MG 10]

*« Moins je vous vois, mieux c'est ! »

- « C'est aussi un peu le côté pénible de ce métier, mais c'est les gens qui disent « à bientôt », « ah non non, moins je vous vois mieux c'est ! » [...] et c'est vrai que c'est logique, c'est un métier un peu bizarre. » [MG2]

*La mise en doute des compétences du praticien

- « Donc c'est vraiment quelque chose de très particulier avec des exigences très particulières, des moments où elle était franchement désagréable, où elle mettait mes compétences en doute [...] Et si de façon systématique, les choses sont mises en doute c'est très compliqué. » [MG 2]

*La confiance labile du patient

- « Le jour où y'a plus la confiance, c'est la rupture définitive, totale et abrupte. » [MG 2]
- « ...certaines fois elle est soluble dans la dist-, plutôt dans la durée quoi. Ben ...on a l'impression qu'elle est acquise pour toujours, et ben c'est pas vrai. [...] donc il faut le savoir et que c'est pas, une confiance elle est pas gagnée pour le reste de la vie, ça je pense pas du tout. » [MG 4]

*Ou le danger de la confiance inconsidérée

- « ... une reconnaissance, enfin euh, « je n'ai confiance qu'en vous... », enfin ce genre de discours que moi, je trouve extrêmement dangereux. [...] y'a des gens qui sont comme ça, ils ont une confiance aveugle, absolue en leur médecin traitant, leur médecin généraliste enfin celui qu'ils appellent « leur médecin », c'est pas bien [...]. Donc moi cette confiance absolue, j'aime pas.. C'est le défaut de la confiance totale en quelqu'un, le jour où cette confiance est déçue, c'est forcément une rupture » [MG 2]

- « ...alors c'est pour ça que l'autre qui me dit « oh vous êtes mon médecin, vous comprenez ». » [MG 6]
- « Les gens demandent et demandent et me disent « y'a que vous qui puisse me soigner », ça c'est des pièges dans lesquels, je ne suis heureusement jamais tombée, j'avais assez de problèmes et je suis très attentive. [...] C'est pareil ce transfert « je vais avec J. parce qu'elle me protège, il ne m'arrivera rien avec elle », et ben non, je peux pas empêcher les gens de vieillir, de mourir et d'avoir des pépins. Les gens qui croient beaucoup en vous, qui sont très attachés, il faut se méfier, ils peuvent vous quitter parce qu'ils croient tellement en vous que le jour où il leur arrive un infarctus, ils sont tellement déçus qu'ils vous quittent.» [MG 10]

*Le manque d'autonomie du patient

- « parce que quand quelqu'un vous dit « je n'ai confiance qu'en vous, et avant de prendre la moindre décision, je n'ai confiance qu'en vous et c'est chez vous que je viendrais demander »...pff... » [MG 2]

*Rupture de la relation à l'initiative du patient sans explication

- « Le truc auquel aussi on n'arrive jamais à se faire, c'est le patient qui change de médecin traitant. [...] très souvent, c'est une rupture brutale de la part du patient et sans explication, donc c'est extrêmement perturbant et même c'est, c'est parfois blessant, ça ... ouais c'est perturbant en tout cas. » [MG 2]
- « Oui y'a des fois, où y'a des gens qui m'ont quittée, ça m'a fait de la peine parce que je trouvais ça injuste et dégueulasse. » [MG 6]
- « Finalement, il est parti, il a changé de médecin traitant mais je ne sais pas pourquoi, il n'y a pas eu de choses particulières à ce moment-là mais ...euh, je sais pas... » [MG 8]
- « J'ai ressassé des échecs, des choses où je suis passé à côté, ça oui ; ou alors des gens qui sont partis je savais pas pourquoi, « où est le problème ? ». C'est d'ailleurs le cas le plus fréquent, on n'a pas d'explications. » [MG 9]

*Des profils ressentis comme complexifiant la relation

Patients atteints de pathologie psychiatrique

- « ...ça m'est arrivé, alors j'ai eu une expérience avec une femme qui était érotomane, au sens médical du terme, [...] mais bon, c'était quelqu'un qui avait une pathologie psychiatrique. » [MG 2]
- « Oui, il y en a une ou c'était compliqué, qui venait souvent pour un syndrome dépressif et qui jouait un peu dans l'appel au suicide. » [MG 7]
- « C'étaient toujours des patients avec des antécédents, ces trois-là avaient une personnalité paranoïaque. [...] Je fais beaucoup de psy donc des personnalités un peu psys qui abusent un peu parfois, au niveau du travail même... » [MG 10]

Selon les profils/volontés des patients – non comprises par les médecins

- « Alors, y'a des patients intermédiaires qui sont des patients qu'on va dire, euh... pénibles...alors on va parler des enseignants, « Tchic » on referme la parenthèse (mime le geste) mais y'en a d'autres qui effectivement ont des idées préconçues sur ce qui est bien pour eux, sur les traitements qu'ils peuvent prendre, les alternatives possibles. [...] donc ça c'est des patients qui sont extrêmement compliqués et qui de notre part, nécessite de la patience. » [MG 2]
- « Pour les patients un peu difficiles, qui ont des comportements déstabilisants, ça peut être un peu gênant. » [MG 9]

Selon l'âge / doute avec les adolescents

- C'était un patient qui voulait faire un by-pass, bon c'est vrai que c'est un peu le préjugé de l'obèse qui venait pas aux RDV, qui n'en avait rien à faire alors qu'il voulait se faire opérer et qu'il ne faisait aucun effort. Et puis sa femme qui venait avec son fils, c'est pareil, elle ne venait jamais aux RDV... » [MG 7]

*Irrespect et dérapages verbaux = rupture de la relation Médecin-Patient à l'initiative du médecin

Suite à des dérapages verbaux/irrespect/menaces

- « Alors dans le sens négatif, je crois que j'ai mis à la porte 2 patients, parce que y'a eu des noms d'oiseaux etc...Bon, donc ça c'est pas possible. ...je me suis déjà fait traiter de « connard » [...] il est évident que de

façon immédiate on met fin à la relation et qu'on leur explique qu'il n'est plus question qu'ils mettent les pieds ici. » [MG 2]

- *« ...il était très grand, il m'insultait sur mon traitement [...] je lui ai demandé de sortir, que je le donnerais à la maman si elle le voulait. Puis il a refusé, a été très menaçant avec un discours clos de parano que je connais bien.*

[...] J'ai aussi eu des menaces de mort de deux maris de patientes, des personnes paranos. L'un était mon patient pendant quelques temps et je lui ai même sauvé la vie suite à deux arrêts cardiaques qu'il a fait à la maison, je l'ai réanimé. J'ai dit à sa femme qu'au 3ème, il fallait qu'elle appelle un autre médecin [...] Mais je lui ai dit une fois qu'il pouvait plus venir, une fois je lui ai dit qu'il me faisait peur. » [MG 10]

- *« Ou Y'a même des gens des fois qui exagèrent, des patients avec qui on a déjà été quasiment en clash, soit ils partent. [MG 11]*

[...] J'ai déjà mis une ou deux fois quelqu'un en dehors de mon cabinet. Je pense à un monsieur [...] qui en fait venait chez moi un peu s'épancher. [...] Donc je lui ai dit que je n'acceptais pas, qu'il y a des bornes à ne pas dépasser, « moi je vous respecte, donc vous devez me respecter aussi », donc je lui ai dit « vous prenez la porte, vous allez où vous voulez, moi je n'accepte pas ce genre de comportement et si vous souhaitez changer de médecin, vous pouvez changer de médecin, voilà ». [MG 11]

Suite à une mauvaise compliance/observance

- *« Y'en a un oui, où je lui ai rendu son dossier, je le suis plus. [MG 7]*

6.3.3.2 Reliées au médecin

L'INFLUENCE DU GENRE

*Être une femme : un facteur modifiant d'emblée la relation et le positionnement

- *« ...ils sont passés de ça à une femme déjà donc très différent. » [MG 5]*
- *« ... parce qu'en plus le fait d'être une femme c'est particulier aussi, [...] c'est vrai que je suis une femme donc je pense que les choses sont perçues aussi de façon différente. » [MG 8]*
- *« Y'a des gens, des patients, surtout des hommes qui montraient... j'étais jeune, en tant que femme en plus à un moment où y'avait pas autant de femmes dans la médecine générale... Mon collègue ex-mari*

qui a une voix pleine de testostérone, je lui expliquais, il ne me croyait pas, on n'a pas les mêmes problèmes... » [MG 10]

**Un sentiment de légitimité amoindrie*

- *« C'est déjà pas évident de s'imposer en tant que médecin femme à mon époque, je pense que ça va changer pour vous, je vous le souhaite. Parce que moi j'ai passé par ce cap où ma génération, en tant que femme c'était pas facile de s'imposer. » [MG 10]*

SON PROPRE ETAT PHYSIQUE ET EMOTIONNEL DU MOMENT

- *« Elle était dans un tel état de stress qu'elle m'a communiqué et puis quand vous êtes fatiguée... Il faut pas être trop crevée, si vous êtes Burn-outée... Moi, je le vois bien qu'en fin de journée, crevée, burn-outée, je donne plus de choses qu'en début de journée. Un exemple, un antibiotique que je donnerai pas le matin, je le donne le soir. » [MG 10]*

LA PERCEPTION DE SON STATUT

**Vis-à-vis de son statut : Se percevoir comme privilégié ou (sentiment de culpabilité).*

- *« ...ils sont beaucoup plus méritants que moi, qui ai eu de la chance de faire des études, je gagne bien ma vie, j'ai pas de soucis. » [MG 2]*
- *« ... quand je sais bien que c'est ça le problème, que y'a des enfants à la rue, que ils savent pas où ils vont être hébergés, c'est terrible hein, que ils ont pas mangé depuis 4 jours alors que moi je sais que je suis dans l'opulence. » [MG 4]*

**De grandes mises en difficultés provenant de ses propres proches*

- *« [...] j'en pouvais plus parce que j'avais pleins de gens qui abusaient de ma gentillesse je pense, qui venaient chez moi ou la famille sous des prétextes de problèmes de santé. Le pire c'est ma tante qui n'habite pas loin de chez moi et qui est très abusive. [...] Je pense que c'est les proches qui m'ont le plus créé de problèmes et comme j'ai une grande famille, j'ai des oncles vieillissants et je suis maintenant le médecin traitant de certains oncles qui m'ont suppliée. » [MG 10]*

*Des connaissances proches communes avec le patient complexifiant la relation professionnelle

Le vécu d'une prise en charge plus difficile

- « ...surtout quand il y a des relations extérieures entre la personne et soi-même qui s'imposent par la force des choses, là ça peut devenir compliqué ; d'une part avec la famille ou même avec d'autres professionnels de santé, ça peut rendre les choses un peu plus délicates. » [MG 1]
- « Donc je dirais que mes problèmes sont plus venus de l'extérieur que de mon cabinet [...] Je suis très très vigilante parce que j'ai été piégée, mais plutôt par l'extérieur de mon cabinet plutôt que par l'intérieur. Finalement, c'est toujours un peu biaisé chez moi parce que y'a toujours certains patients de qui je suis proche parce qu'ils sont pas loin de ma famille, ça, ça joue je pense, avec eux je peux me laisser aller, j'ai le curé de mon enfance qui est devenu mon patient. » [MG 10]
- « j'ai pris par exemple en charge, le papa de ma meilleure amie, qui est quelqu'un que je connaissais depuis longtemps, donc évidemment je l'ai pas pris à la légère, y'a des choix thérapeutiques particuliers qui se sont faits. C'était très difficile ... » [MG 11]

Une pression ressentie

- « j'ai beaucoup de mal parce que c'est une amie de mes parents et qu'elle est déjà allée râler on va dire, que j'étais pas toujours disponible quand il fallait, ce genre de choses et de reproches. [...] Là j'avoue que je suis un peu en difficultés, parce que j'arrive pas à dire non, parce que j'ai cette espèce de pseudo-pression de la part de mes parents, c'est un peu compliqué à gérer. [...] c'est très difficile à gérer et je sais que si je mets une limite à cette personne là, ça risque surtout de me retomber à moi-dessus parce que ça va prendre une tournure qui est pas forcément sympathique. » [MG 8]
- « mais bon c'est un contexte particulier parce que son fils était PU-PH et que voilà y'avait quand même un peu de pression entre guillemets... » [MG 12]

*Relation de soins faussée entre confrères/collègues

- « ...avec une jeune consœur, j'avais un petit problème de santé et on n'avait pas encore mis d'étiquette dessus et je lui dis comme ça, au coin de porte, pfff, oui c'était effectivement un vendredi soir comme ça et je lui ai dit au coin de la porte, « il faudra peut-être quand même que je vienne te consulter », je lui ai dit ça comme ça parce que j'avais des vertiges, j'avais un peu mal à la tête, un peu plus que d'habitude.

[...] et alors, est-ce que moi je n'étais pas suffisamment euh... incisif auprès d'elle ou est-ce qu'elle n'était pas suffisamment dans l'écoute ?

[...] puis c'était vendredi soir elle avait peut-être envie de rentrer et puis moi peut-être aussi et j'avais peut-être envie aussi de parler de ce que je ressens. » [MG 3]

**Prise en charge de proches (famille, amis, collègues) réalisée mais malaisée*

- *« Après bon, c'est vrai que la prise en charge, c'est pas toujours très facile facile quand c'est quelqu'un de très proche, c'est valable avec les membres de la famille. Moi, j'ai des personnes que j'ai dû suivre de très très près et c'est vrai que c'est pas toujours simple ». [MG 1]*
- *« Je dis toujours que moi j'aime pas soigner ma famille et mes amis. [...] J'ai l'impression que j'en fais plus quand je soigne un de mes patients que je connais pas que quand je soigne ma famille. » [MG 5]*
- *« Par exemple soigner des amis j'ai horreur de ça. J'ai une copine qui vient se faire soigner chez moi, je suis pas à l'aise. Je le fais mais je suis pas à l'aise. » [MG 7]*

**Ultra-attentif et embarrassé lors de soins de confrères ou professionnels de santé*

- *« Alors le plus dur c'est de soigner un confrère [...] de manière globale et plus encore si c'est un médecin, il faut écouter les petits maux qu'on dit ; c'est quelque chose d'important, si un médecin dit quelque chose, ou si vous travaillez en groupe, si un collègue vous dit quelque chose [...] « ah merde, attention là, il m'a dit quelque chose, est-ce que c'est pas un appel, est-ce que c'est pas on me tend une perche pour demander quelque chose ? », alors ça c'est plus effectivement par rapport aux soins d'un très proche ou un collègue. » [MG 3]*
- *« C'est sûr, tous les paramédicaux, les médicaux, les infirmières, tout ça ; on a pas la même appréhension parce que on, on les appréhende différemment parce qu'on sait qu'ils sont un petit peu plus du métier donc euh... un peu différemment... » [MG 6]*

6.4 L'influence d'autres facteurs

6.4.1 Le manque d'expérience

*Un défaut d'assurance en début d'exercice

- « ...ils (les internes) ont l'impression que « ouais, il me respecte pas, il me prend pas au sérieux » mais je dis « c'est pas le patient qui te prend pas au sérieux, c'est toi qui te prend pas au sérieux, c'est toi qui est pas sûr de toi, du coup dès que le patient pose une question et ben ça te renvoie à ton insécurité ». »
[MG 4]
- « ...je me demande si c'est pas un certain manque d'assurance au départ... » [MG 9]
- « Parce qu'au début, je ne m'y attendais pas, je pense que ça me mettait en faiblesse, alors que maintenant du coup, je suis plus sûre de moi. » [MG 10]

*Percevoir d'emblée ses propres limites n'est pas chose aisée

- « Par exemple, moi au début, il y a des patients qu'il fallait emmener à l'hôpital et puis ils savaient pas comment y aller, ben je les ai emmenés dans ma voiture et en fait, une fois qu'ils étaient dans ma voiture c'est comme si ils étaient rentrés dans ma bulle et c'était juste insupportable il fallait que voilà bon... j'allais pas les laisser au milieu du chemin, j'allais jusqu'au bout. » [MG 4]
- « il faut beaucoup de compassion et beaucoup d'écoute et c'est difficile de parfois mettre la bonne limite. [...] mais j'y arrive pas forcément ; je pense que dans le principe oui, mais après en pratique c'est plus difficile. [...] Y'a certaines situations où j'ai accepté certains trucs et ben je me dis que je le referai plus quoi. » [MG 7]
- « Oui, mais j'avoue qu'au départ c'est pas évident parce qu'on s'installe et on a envie de faire plaisir. [...] donc au début c'était difficile de mettre des limites en disant « ben non je prescris pas ça, non je fais pas ci, non je fais pas ça » ... » [MG 8]
- « Au départ, j'étais très attentive sur mon travail et dans ma vie privée et relationnelle, mais j'ai pas su tout de suite mesurer. » [MG 10]

- « Peut-être parce que, dans un esprit un peu naïf au début, j'ai fait des choses de manière un peu plus légères et puis après voilà. Des fois, on est un peu naïf, on se rend pas trop compte, on veut être sympa mais bon ça, je me suis positionnée. » [MG 11]

*Un positionnement qui n'est pas inné : temps d'adaptation nécessaire

- « ...je prends de l'expérience un petit peu ; du coup j'arrive un peu plus à voir ce que j'accepte et ce que je n'accepte pas. » [MG 7]
- « ... c'est un cap à passer. » [MG 8]
- « Y'a peut-être un temps d'adaptation, c'est ce que je me disais au début mais faut que j'en sorte. » [MG 12]

6.4.2 Des conditions d'exercice pénibles

*Le manque de temps

- « je pense que le fait d'aller voir des gens, enfin oui, si on a le temps, c'est bien mais souvent on a pas le temps. » [MG 2]

6.4.3 L'information externe par les différents médias

*Perturbation de la relation de soins par l'information extérieure et les différents médias

- « ...alors ça c'est un petit peu le problème de la lecture internet ou euh...euh...tous les différents trucs qu'il y a eu ces derniers temps à propos des statines etc, donc les gens se font des opinions et euh, (en soupirant) c'est extrêmement compliqué. [...] par exemple j'ai un patient avec lequel je pense, j'ai dû parler, pendant dix heures depuis que je le connais du traitement de son cholestérol, c'est un patient qui a une insuffisance rénale d'origine organique et il serait très important pour lui de bien contrôler son cholestérol mais il veut pas à cause des statines, à cause de machin, à cause de truc...la levure de riz rouge... »

[...] enfin, où les gens s'inquiètent, ils se posent des questions, ils se sont faits des films, ils sont allés sur internet, ils ont cru comprendre des choses et voilà, ils viennent avec tout ça, avec leurs inquiétudes [MG 2]

6.4.4 Le suivi irrégulier

**Un suivi irrégulier ne laisse place qu'au médical*

- *« je les connais moins bien parce que je les vois moins souvent et je les connais moins bien médicalement, parce que des fois je les vois, ils ont vu deux médecins entre temps, ma collègue ou un remplaçant, et du coup à chaque fois il faut que je relise ce qui a été fait, ce qui a été dit ; que je revois s'il y a eu des changements thérapeutiques, un nouvel antécédent ... du coup, la consult elle est vraiment que dédiée à du médical parce que forcément je les connais moins bien donc j'ai pas le temps de discuter pour autre chose puisqu'il faut à chaque fois refaire le point au niveau médical. » [MG 5]*
- *« Après y'a des patients qu'on voit extrêmement peu, qui viennent pour un problème aigu une fois de temps en temps, voilà on se respecte... » [MG 12]*

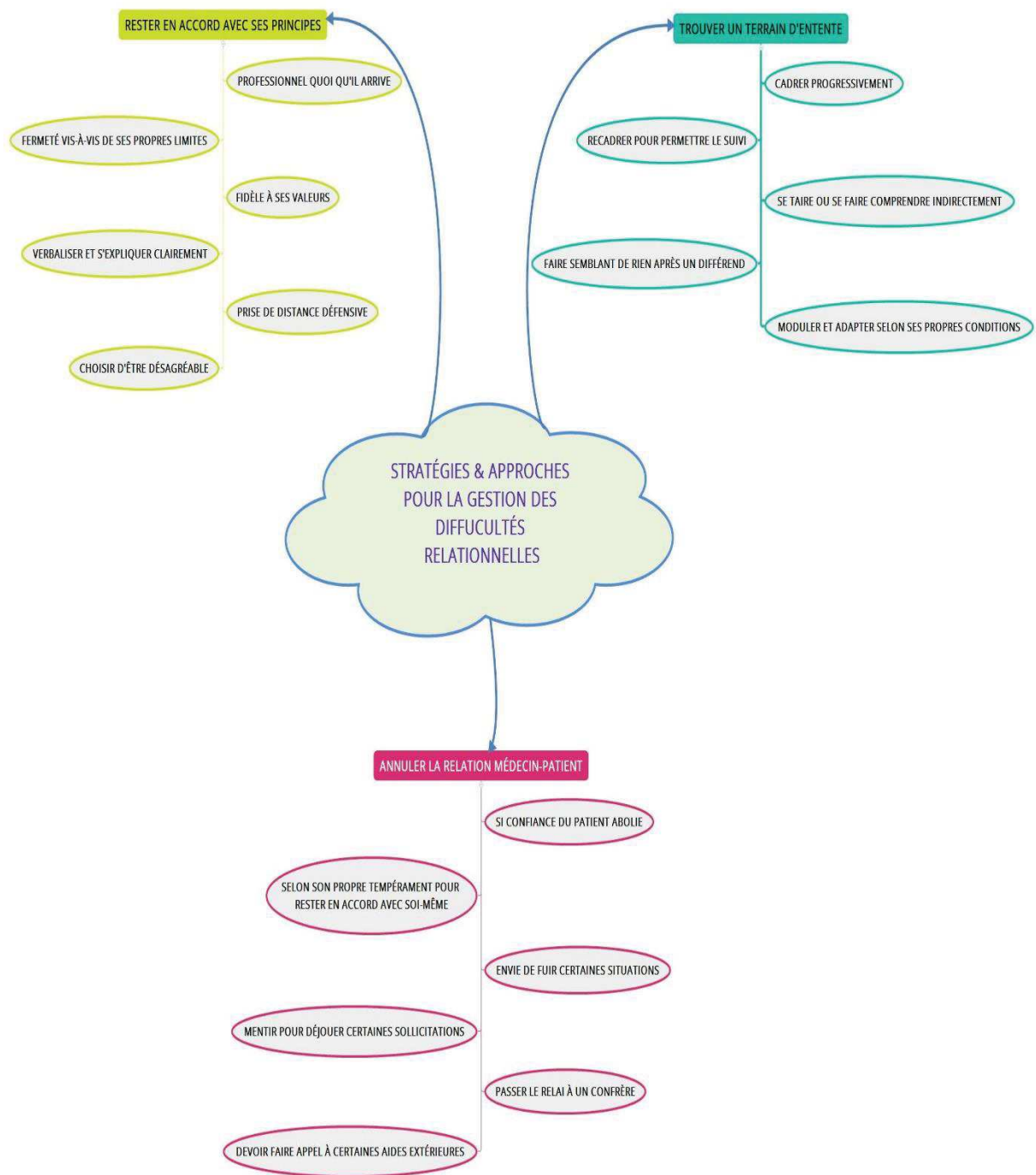


Figure F : SCHÉMA RESULTATS (VI) – Les stratégies & approches des médecins pour gérer les difficultés relationnelles

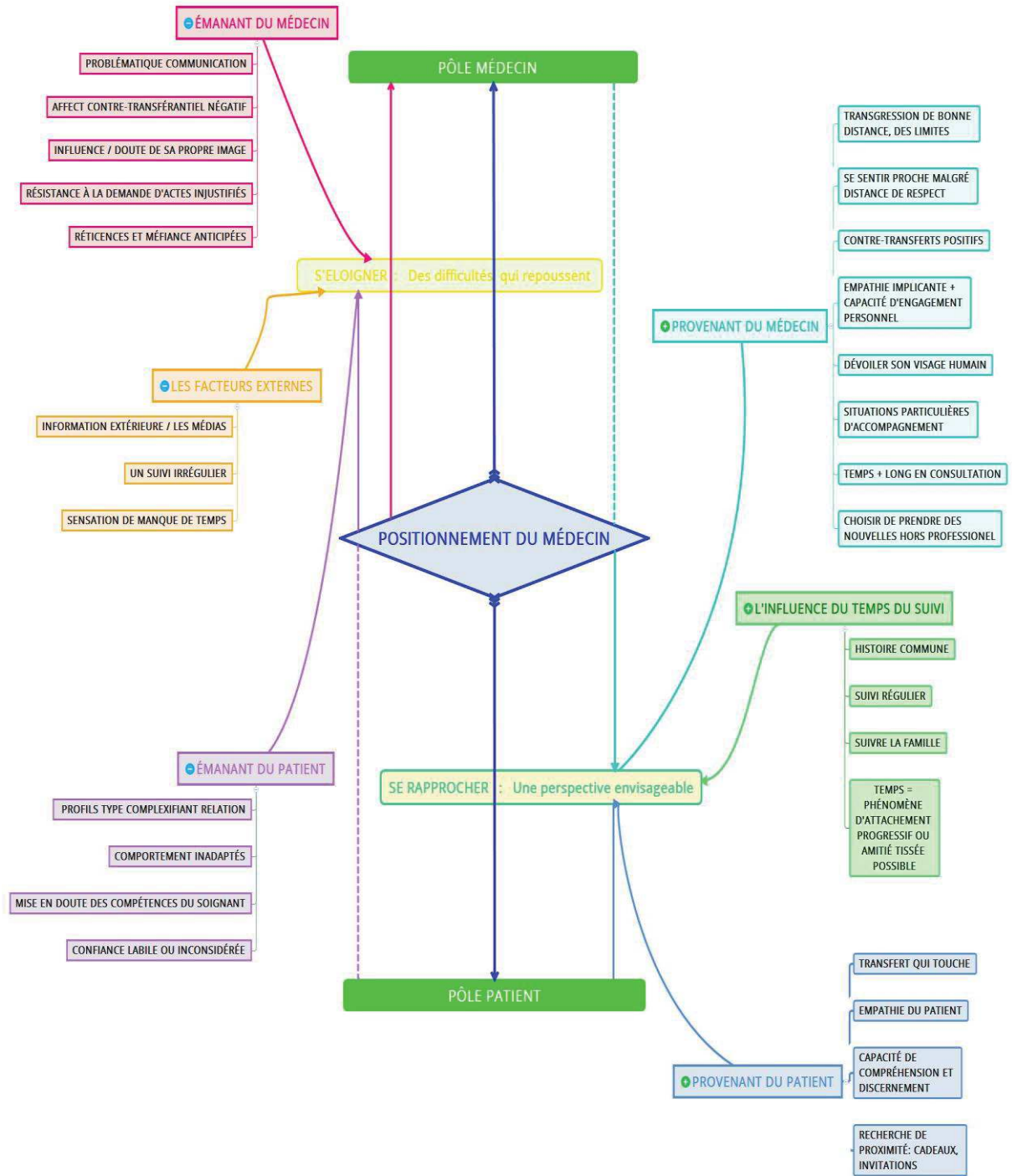


Figure G : SCHEMA RESULTATS (VII)

*Les déterminants des phénomènes rapprochement/éloignement du patient,
Selon les médecins généralistes*

7. Évolution de la relation, ajustement du positionnement du médecin : les différents facteurs

7.1 La valeur du temps et de l'expérience

7.1.1 Une relation évolutive au fil de la pratique : construction progressive

*La construction d'une relation confiante.

- « C'est extraordinaire, un relationnel qui s'établit au fil du temps. » [MG 1]
- « ... la confiance du patient elle se mérite, elle se construit. [...] C'est un mode relationnel qui s'est construit. » [MG 4]
- « J'ai dû gagner leur confiance aussi parce que ça aussi c'était difficile, donc gagner leur respect et leur confiance. » [MG 5]

*L'évolution de la clientèle en écho/miroir du médecin et de sa pratique

- « J'ai un confrère qui disait « on a les patients que l'on mérite », j'entends par là que c'est vrai qu'on a une clientèle qui au fil du temps s'adapte, on n'a peut-être pas tout le long les mêmes patients. » [MG 1]
- « Moi je pense que j'ai un discours de jeune médecin installé depuis 2 ans, avec des gens que j'apprécie mais je pense que quand on avance dans le temps, on voit peut-être les choses aussi différemment par rapport aux patients que l'on connaît de longue date. [...] je pense que la relation médecin-malade, elle évolue. » [MG 12]

7.1.2 Au fil de l'expérience, un positionnement relationnel plus naturel et apaisé

*Plus à l'aise dans son métier

- « ...avec l'expérience de la médecine générale, je me rends compte, je cerne quand même mieux les...enfin y'a des choses que je sais mieux faire qu'avant. Par exemple pour le soin de la personne, des maladies que j'ai mieux appréhendées, que je comprends mieux ou j'anticipe plus. » [MG 6]

*Des progrès dans l'écoute & la communication

- « ...l'essentiel des progrès que j'ai fait au cours de ma carrière, c'est ça, améliorer la communication que je peux avoir avec les gens. » [MG 2]
- « je dirais que avec les années, j'ai moins de certitudes et ça m'a même ouvert l'esprit, dans le sens où je suis plus à l'écoute, je laisse plus parler les gens. Des fois, c'est facile mais des fois vous en avez qui sont en colère qui sont revendicateurs et finalement de plus les écouter et les laisser parler, ça m'a quand même appris, j'ai quand même fait des progrès là-dedans. » [MG 11]

*Une meilleure adaptation et appréhension des problématiques

- « Je me suis entièrement formé au fil de la carrière.[...] Ah oui, oui, oui. Au fil du temps, des années on acquiert quand même de l'aisance, c'est plus facile. Ben parce que déjà on connaît beaucoup plus de monde, y'a un relationnel qui s'établit plus intuitivement, par l'expérience. » [MG 1]
- « Je pense oui, mais je suis de moins en moins mal à l'aise parce que c'est quand même des situations qu'on a vécu plusieurs fois donc, on acquiert un petit peu d'expérience et c'est enfin, c'est ... normalement, je pense qu'un vieux, entre guillemets, médecin, est meilleur de ce point de vue là qu'un jeune. [...] Je pense qu'on arrive à mieux gérer, disons, les situations qui sont compliquées sur le plan relationnel. [...] Donc, finalement, moi, tout ce que je vous ai dit là, c'est un peu une réflexion personnelle sur 30 ans d'exercice quoi. » [MG 2]
- « C'est l'expérience qui fait qu'on gère mieux certaines situations, ça c'est sûr, ça m'a permis d'évoluer. » [MG 3]
- « Ça s'améliore sûrement, je pense qu'au début, quand je vois les jeunes internes... [...] peut-être au début mais là vraiment c'est ... vraiment maintenant ça va bien. [...] c'est un mode relationnel qui s'est construit... » [MG 4]
- « J'ai que trois ans d'expérience, mais pour l'instant je trouve que c'est un peu plus facile au fil du temps, parce que je prends de l'expérience un petit peu. » [MG 7]
- « ...au fil du temps, moi je m'adapte. [...] Donc le temps c'est quelque chose qui a certainement joué oui. » [MG 9]

- « Parce qu'au début, [...] alors que maintenant du coup, je suis plus sûre de moi et j'ai moins de problèmes. [...] Bon moi j'ai vécu beaucoup de choses graves dans ma vie sur le plan relationnel donc maintenant je suis armée je crois. » [MG 10]
- « Mais je dirais que le temps m'a aidé, c'est ce que je disais, au début j'étais peut-être un peu... quand on s'installe, on a des certitudes... » [MG 11]

*Face à la proximité relationnelle, un positionnement devenant plus confiant

- « Ben, je pense que j'ai mis du temps à m'y faire, à ce ..., à cette chose, c'est sûr que quand on est jeune, à... je vais dire à 25 euh non à 30 ans euh, à 30 ans, c'est peut-être pas facile de se dire « tiens, comment je vais faire qu'euh... mince, lui je le connais et comment que je vais faire ? »
Au final, les liens de proximité, je pense, c'est sûr que ça peut être compliqué pour des jeunes médecins, il faut un peu d'expérience. » [MG 3]
- «... finalement c'est quelque chose avec le temps on est beaucoup plus à l'aise, alors que vraiment au début on avait du mal avec nos patients, on les croisait etc... Finalement, maintenant on est sorti du cadre et voilà, moi maintenant je suis moins, j'arrive mieux à gérer le fait d'avoir des patients et de les connaître, je suis plus à l'aise, c'est quelque chose que je trouve chouette maintenant. » [MG 6]
- « Y'a toujours des avantages et des inconvénients. [...] Mais je crois qu'avec le temps c'est plus facile. » [MG 10]

*Evolution de son cadre vers plus de souplesse

- [Propos rapportés en fin d'entretien] « Qu'il était important de fixer les limites dès le début, qu'elle a été très stricte au départ et qu'elle peut parfois commencer de s'assouplir maintenant. » [MG 5]
- « ...c'est vrai que ces règles-là, peut-être que parfois, c'est vrai que pour certaines personnes maintenant, je serai amenée à les transgresser parce que je les connais. [...] Je vais peut-être un peu baisser, pour moi j'ai baissé un peu la barrière d'exigences, enfin je suis moins là « Non, c'est pas comme-ci, c'est pas comme ça ... », un peu plus souple » [MG 6]

- « Ben maintenir la distance quoiqu'il arrive, c'était peut-être au départ quand je me suis installé et c'était un positionnement qui allait de soi. [...] même si au fil du temps, elle peut se réduire, c'est adaptatif. [...] c'est quelque chose qui a évolué pour plus de ... moins de distance. » [MG 9]
- « Peut-être s'assouplir un peu avec le temps. » [MG 12]

**Un âge plus avancé qui rassure et limite les conflits*

- « ...c'est que, en vieillissant et en étant une vieille dame, c'est plus simple, les relations de séduction sont moins présentes, etc ... c'est sûr que c'est un intérêt de vieillir, on fait plus grand-mère et les grand-mères sont rassurantes je pense. » [MG 4]
- « Pleins de choses me sont arrivées mais maintenant je crois que je suis vieille et y'a plus grand-chose qui m'effraie mais en tout cas je m'en sors mieux. » [MG 10]

7.2 L'influence d'autres facteurs

7.2.1 La comparaison à l'expérience de confrères : des repères

**Pour se questionner et asseoir ses principes*

- « Mais moi j'ai des copains médecins, je sais qu'ils tutoient leurs patients, puis ils font des trucs avec eux, enfin bon...Ici, c'est pas le style de la maison, mais bon, qu'est-ce que ça vaut ? Est-ce que c'est bien, est-ce que c'est pas bien ? ben ça, on va pas porter de jugement de valeur mais c'est comme ça que je fonctionne. » [MG 2]
- « C'était une femme de mon âge dans la région de R. , Elle a complètement mélangé sa vie privée avec ses patients. Elle a eu des relations amoureuses avec certains patients dans une petite ville de périphérie... Mais c'était terrible ... C'était catastrophique, elle avait été hospitalisée en psychiatrie. » [MG 10]

**Tirer un enseignement des expériences laborieuses des autres*

- *[...] A chaque fois qu'elle intervenait dans les deux jours, j'ai trouvé grave tout ce qu'elle disait et ensuite elle s'est collée avec moi pour faire le truc, mais j'aurais eu besoin d'un groupe Balint de réanimation à a fin. » [MG 10]*
- *« J'ai remplacé des confrères qui ont eu des sacrés problèmes, notamment un qui a été interdit d'exercice pour avoir fait un certificat de complaisance, notamment une demande d'arrêt de travail via le père, parce que c'était un copain machin, pour cacher qu'il était en garde à vue, donc il a été interdit d'exercice pendant un mois pour cette faute ; donc euh, ça calme ! Donc, on est quand même bien informé par l'ordre. [...] parce qu'après à la fin si y'a des répercussions sur vous et votre activité ... [...] Moi, je fais des choses légales et pas illégales, c'est tout. [...]Le problème c'est que si vous dites oui après ça vous entraîne un peu dans des situations difficiles. » [MG 11]*
- *« Les gens qui travaillaient de 7h à 23h à S., pas loin de 100 actes à deux par jour quoi...pfff...au moins... je leur ai demandé « pourquoi vous travaillez comme ça ? » et il m'a répondu que c'est la peur qui les faisait tenir, la peur que ça marche plus... Je sais pas ce qu'il s'est passé exactement mais...bon l'un dans l'autre, tenir comme ça... » [MG 12]*

7.2.2 Une expérience personnelle

**L'expérience d'être patient*

- *« ... Moi je sais que par exemple, pour moi-même, quand je suis amené à consulter un médecin, ce qui m'arrive heureusement exceptionnellement mais euh, ben on commence à transpirer, on tremble, on se dit « est-ce que ça va être bien, enfin on est tout de suite inquiet quoi » et donc euh...je pense que c'est quelque chose que l'on doit tenir compte en permanence. » [MG 2]*

7.2.3 La comparaison à des législations/modèles différents :

**Prendre conscience de certaines prises de position (en France)*

- *« Après euh, moi j'avais une formation avec les Québécois, je sais plus y'avait une dame qui avait écrit, Mme W. je crois elle s'appelle, sur l'échelle de la bonne distance et des choses qu'on peut transgresser*

comme ça, enfin des transgressions banales à des transgressions plus graves, donc la dernière est, en tout cas au Québec, au Canada il est hors de question d'avoir des relations sexuelles avec ses patients, c'est, c'est la mise en cause de son permis de pratique. En France, on va pas jusque-là mais, et c'est recommandé de surtout pas le faire.

[...] donc, dans ce qu'elle disait Mme W., c'est que le voiturage, enfin le fait d'emmener quelqu'un dans sa voiture, c'est transgresser, enfin c'est abolir une certaine limite, c'est transgresser une distance. »

[MG4]

7.3 L'intérêt controversé des formations officielles à la relation médecin-patient

7.3.1 Une formation initiale à développer

*Un manque de formation initiale au relationnel déploré

- *« Ben nous, en 91, en 89, en 89 on avait pas beaucoup de formations à la relation médecin-patient »*
[MG 3]
- *« J'aurais eu beaucoup plus le besoin quand j'étais interne, larguée toute seule avec des responsabilités énormes du jour au lendemain sans avoir l'outil pour arriver à répondre à la demande, je l'ai déploré. Je me suis sentie submergée en particulier dans un service, que là j'aurais vraiment eu besoin d'en parler à quelqu'un. »* [MG 5]

*Une voie d'amélioration en cours

« Les étudiants aujourd'hui ont plus de chance, on leur enseigne, on leur apprend la communication, disons un petit peu la communication. C'est mieux actuellement, c'est peut-être pas parfait mais voilà. » [MG 3]

*Des terrains de stage en libéral très formateurs, à développer.

- *« Ben déjà, j'ai fait un stage chez le prat., j'ai fait un SASPAS, ça c'était vachement bien, c'était très formateur avec six médecins différents. Il faudrait même qu'on puisse tous le faire. »* [MG 6]

7.3.2 L'importance de se former

*La formation au relationnel : un réel intérêt et une utilité

- « ...il est très important d'apprendre à communiquer, essayer de faire des formations. » [MG 2]
- « ... ce qui peut être important pour un médecin ou un jeune médecin, c'est de faire des formations...euh j'ai quand même fait quelques séminaires de PNL, Programmation Neurolinguistique. » [MG 3]
- « ... moi, j'avais une formation avec les Québécois, je sais plus y'avait une dame qui avait écrit, Mme W. je crois elle s'appelle, sur l'échelle de la bonne distance et des choses qu'on peut transgresser comme ça. » [MG 4]
- « ... c'est vachement important et c'est quelque chose sur lequel j'ai un petit peu travaillé parce que quand j'étais interne, on avait des formations sur l'entretien d'aide et ça nous permettait d'analyser pas mal, quelle est notre position, notre attitude. [...] Moi, ma formation, elle m'a vraiment servie Sinon, j'ai eu des cours de médecine générale et notamment y'avait l'entretien motivationnel, ça m'avait vachement plu, on avait lu un livre... » [MG 6]
- « Par contre, je ferai peut-être partie de groupe Balint parce que je pense que ça peut être pas mal. » [MG 7]
- « J'avais fait un Balint, on en parlait beaucoup, je voulais voir un peu ce que c'était. C'était pas mal, positif. On était quelques médecins de T., on faisait partie d'un groupe de formation continue et donc on a lancé un Balint et on était supervisé par une psy de T., ça aussi ça nous a apporté des choses. Enfin voilà, c'est aussi pour ça (quand on se questionne) que Balint c'est utile. » [MG 9]
- « Des formations j'en ai fait, j'ai été à pleins de formations et je me sers de tout pour avoir 25 mille cordes à mon arc pour faire face à la diversité humaine. » [MG 10]
- « Après, je me suis aussi un peu formée en relation. » [MG 11]

*Une sensibilisation et un apprentissage permettant les bons questionnements vis-à-vis du positionnement

- « ...je me suis formé un petit peu à l'entretien motivationnel, donc ça aide un petit peu, c'est vrai que ça permet quand même de se poser un peu toute une série de questions par rapport aux patients qu'on a

en face de nous...euh « qui il est, où il est, comment il fonctionne, etc ? » et bon, c'est une technique mais ça a permis quand même une certaine réflexion. » [MG 2]

- *« ...on en avait parlé en groupe balint avec un psychiatre et il avait dit qu'en fait c'était un super cadeau que de les tutoyer. » [MG 4]*
- *« Je ne sais pas si j'ai modifié ma pratique après, en tout cas pas de manière consciente. C'était aussi bénéfique dans la mesure où y'avait pas que ces problèmes de la relation médecin-patient, on a abordé d'autres points, mais aussi de l'attitude, comment on se positionne en tant que médecin. » [MG 9]*

7.3.3 Un besoin non ressenti

**Pas de nécessité éprouvée concernant les formations ou groupes d'échanges*

- *« Vraiment orientés sur l'aspect relationnel ? Non. » [MG 1]*
- *« Alors j'ai jamais participé à des groupes de pairs » [MG 5]*
- *« Après je fais pas des groupes de pairs, des trucs comme ça. Normalement, il paraît qu'il faudrait... moi je suis bien comme ça, je ressens pas de manque, je me sens équilibré comme ça et je me sens bien. » [MG 12]*

7.4 Le travail en groupe, les échanges : une approche appréciée

**Les discussions en groupe, groupes de paroles (pairs, balint...): lieu d'expression*

- *« Les groupes de paroles, je fais pas des vrais groupes de paroles mais des groupes de pairs mais groupes de paroles en quelque sorte. Voilà. [...] c'est des formations sur la communication et sur son développement personnel, et je crois que de temps en temps, c'est important de se retrouver et puis de discuter, ben voilà, de son vécu personnel. » [MG 3]*
- *« Alors, j'ai longtemps fait partie d'un groupe Balint euh... ensuite j'ai fait partie d'un groupe de pairs où on peut éventuellement parler de ça. » [MG 4]*
- *« C'est un vaste sujet, on en a parlé au Balint. » [MG 9]*
- *« y'a les difficultés des uns et des autres aussi et en discuter ça nous apporte beaucoup. » [MG 10]*

- « J'ai déjà fait partie d'un groupe de pairs mais là je fais partie d'un groupe de FMC où je vois des médecins avec qui je travaille, pas forcément directement sur le canton, mais ça permet des fois simplement d'évoquer des situations, de les dédramatiser et puis d'avoir des fois un avis extérieur. Finalement, cette FMC ça permet après d'évacuer... [...] J'essaie aussi de rencontrer des confrères en dehors pour échanger, voilà d'évacuer » [MG 11]

*L'importance et le bénéfice de pouvoir échanger face aux difficultés

- « Bon c'est vrai que moi j'ai la chance d'avoir une épouse qui est médecin, donc sans nommer on peut parler de cas. Donc on peut aussi parler si on a quelque chose d'un peu lourd parce que y'a des situations qui sont pas faciles. Ça m'est aussi déjà arrivé d'en parler avec des collègues. » [MG 1]
- « ...c'est sûr que des difficultés on en a, moi j'ai en tête un patient que j'aime pas et j'en ai déjà parlé à des collègues et puis à ma conjointe mais oui, mais c'est sûr je crois que c'est important d'en parler, quand on a des difficultés relationnelles ou autres... après y'a pas forcément d'autres solutions mais bon euh...[...]
« Un entretien comme ça, je pense que ça peut être thérapeutique ... » » [MG 3]
- « ...les collègues ici, si ça va pas, je téléphone, je dis « est-ce que entre deux consultations tu as 5 minutes ? j'aimerais parler d'un truc ... » Oui, oui ça m'est arrivé, tant pour des problèmes relationnels que biomédicaux. » [MG 4]
- « Je parle beaucoup avec mon mari, il est généraliste aussi donc c'est vrai que quand j'ai un truc qui pèse un peu, j'en parle avec lui ou avec mes copines qui sont généralistes, quand on se voit ben ouais, on peut évoquer ce genre de trucs. » [MG 5]
- « Mais nous on se rend compte, enfin je dis « nous » parce que j'en parle souvent avec mon mari... [...] On en parle souvent avec les autres collègues, on en parle tous. » [MG 6]
- « J'en parle en général à mon mari ou ma sœur qui est médecin aussi. » [MG 7]
- « Par contre c'est important de pouvoir en parler. » [MG 8]
- « Je crois que ce qui m'a aidé c'est que j'en ai parlé à des copines quand j'étais en difficultés [...] Oh je crois que je suis assez bavarde... [...] Donc effectivement, mes copines me disent souvent qu'on sait très vite si j'ai un problème parce que je le déverse souvent sur la 1ère copine qui vient et on en parle.

[...] Alors moi j'en parle assez vite à quelqu'un en général. Avant, c'était mon ex-mari, quand je commençais à être angoissée, je lui disais et lui avait une phrase assez ... il rigolait en général, je sais pas pourquoi et ça me faisait du bien. » [MG 10]

- *« Bon j'ai un associé, on communique quand même. [...] Quand c'est un peu difficile c'est bien de parler. [...]et puis le fait de partager, parfois après ça va beaucoup mieux quoi. » [MG 11]*
- *« Ma femme, elle est médecin aussi, donc ça valorise les choses quand même quand y'a une patiente difficile, genre la dernière dont j'ai parlé, ben j'en parle à ma femme pour lui dire à quel point je suis exaspéré de la situation, ça me décharge un peu. » [MG 12]*

**Partager, c'est aussi se former et progresser vis-à-vis de son positionnement*

- *« C'est de l'échange, j'ai la chance de pouvoir l'avoir et d'avoir des fois un avis, des trucs comme ça. C'est une forme de formation par la relation, c'est entre nous. Bon on a déjà eu des groupes de travail mais maintenant on en parle plus spontanément, sur le vif; je crois que c'est une belle chose ça. Je le fais même parfois avec des confrères hospitaliers, ça c'est bien. » [MG 1]*
- *« Je crois qu'il est important de parler de ces difficultés pour progresser. » [MG 3]*
- *« Alors souvent on parle, j'en parle et on apprend à relativiser puis à prendre ça pour ce que c'est. » [MG6]*
- *« Sinon à mes collègues ou à mes amis de fac, donc ça fait un groupe balint un peu moins officiel » [MG8]*
- *« Puis en écoutant la réaction des deux, je crois que l'une m'a dit [...] et c'est vrai que ça m'a aidé ce qu'elle m'a dit, je ne m'effraye plus. [...] Je pense qu'au début de mon installation, j'ai beaucoup tourné autour des groupes Balint, toujours en me disant que j'irai dans un groupe Balint et au fur et à mesure c'est mes copines qui ont dû servir de groupes Balint et j'en ressens plus le besoin. [...] Les formations me servent autant de ce que j'apprends du formateur et à 50% de ce qui se dit entre nous ; » [MG 10]*
- *« ...moi je partage pas mal, j'échange ou je n'hésite pas à demander un conseil. » [MG 11]*

*Ressentir le besoin d'une aide pour extérioriser.

- « Et alors, à la maison, j'essaie de pas ramener ça, mais j'ai une copine qui est psychologue du travail, ça peut m'arriver de lui demander un rendez-vous téléphonique, elle est plus à S. et lui dire que j'aimerais bien lui parler d'une situation ou une autre. Mais bon, en dehors, je ressasse de moins en moins, quasiment plus hein. » [MG 4]

7.5 Le cheminement personnel et le travail sur soi

7.5.1 Prises de conscience

7.5.1.1 Limites générales du métier et du statut

*Tous les médecins sont susceptibles de se tromper

- « parce que de toute façon, un jour ou l'autre, on risque d'être mauvais, ou un jour ou l'autre, il y a un problème qui va nous dépasser et puis un jour ou l'autre, il va y avoir un vrai problème de santé qui va faire que ça décompense, même pour le meilleur des médecins. » [MG 2]
- « ...et puis des diagnostics loupés, d'abord on en a tous. » [MG 4]

*Le médecin ne peut tout solutionner : fixer ses (propres) limites :

- « Ben moi j'ai dû m'en fixer, par exemple avec ces gens qui dorment dehors, c'était très difficile à certains moments de me dire « ben pourquoi est-ce que je les emmène pas dormir chez moi ? » [...] « pourquoi je les laisse dehors, pourquoi je les emmène pas ? » [MG 4]
- « On se croit l'obligation de devoir résoudre tous les problèmes de la Terre et finalement c'est un péché d'orgueil quoi. » [MG 9]
- « Faut arrêter de croire qu'on est des Zorro toute la journée. » [MG 10]

*Remarquer que « Trop de distance » est aussi risqué que « trop de proximité »

- « Il peut y avoir des risques lors d'une « trop petite distance » ou plus grande proximité, mais tout autant lors d'une « trop grande distance ». » [MG 4]
- « Par contre, si on est trop distant, on est détaché de ce qu'il se passe, en gros on s'en fout et ben je pense qu'on n'est pas médecin alors. C'est ce qui n'est pas facile. » [MG 12]

*La conscience d'un conditionnement en amont

- « ...après je pense qu'on a quand même certaines habitudes et que forcément on est peut-être un peu formaté soi-même. » [MG 11]

7.5.1.2 Une singularité soignante

UNE MÉDECINE SINGULARISÉE

*Praticiens diverses et variés : la proposition d'une médecine adaptée à chacun

- « On est tous différents, c'est ça qui est bien, les gens trouvent finalement la médecine qui leur convient. » [MG 1]

*La reconnaissance de différents modes de fonctionnements

- « Après ça dépend peut-être des médecins, y'a des médecins je crois qui sont beaucoup plus à l'aise que moi avec cette proximité je pense. » [MG 6]
- « on est chacun différent. » [MG 10]
- « Après chacun son style. » [MG 11]

*Distance ajustée et personnalisée

- « ... entre chaque individu il y a un niveau de distance. » [MG 1]
- « ...cette histoire de distance, elle est pas fixée une fois pour toutes, elle est variable selon les patients. » [MG 4]

- « ... mais après la distance elle est vraiment différente en fonction des patients. » [MG 5]
- « Je pense que ça doit s'adapter à la situation et qu'il n'y a pas forcément une distance obligatoire, définie clairement et qu'en fonction du patient, en fonction du problème rencontré et en fonction du motif de consultation. » [MG 8]
- « Cette distance, elle va être flexible au final. » [MG 12]

**Le médecin reste le « chef d'orchestre » : Une patientèle qui s'adapte*

- « Alors, ce qui fait que des patients à problématiques un peu, je dirais, psycho-psychiatriques, ben j'en vois moins. Donc les patients ont tendance à changer de médecin mais je ne les empêche pas de changer. [...] Ça c'est pour dire que peut-être, enfin en médecine générale, peut-être des patients qu'on verra plus facilement que d'autres, enfin des types de patients que d'autres...Si vous voyez ce que je veux dire. La patientèle s'adapte, plutôt, et ça j'en suis assez convaincu. » [MG 1]
- [Propos rapportés après entretien] « Que les patients qui sont restés sont ceux qui lui ressemblent » [MG 5]
- « C'est pas les patients qui doivent vous les fixer, c'est vous qui fixez votre fonctionnement. » [MG 10]
- «... ceux qui n'ont pas accepté sont partis. On s'adapte mais le médecin fixe quand même les règles du jeu. [...] Après il faut pas croire, les gens s'ils ne veulent pas en voir un des deux, ils savent très bien gérer autrement, soit c'est urgent et ils vont ailleurs soit ils s'adressent à vous quand il faut quoi. » [MG 11]
- « ...c'est quelque chose que je ne fais pas, mais qui est accepté et qui fait partie des règles à la base. Quand on dit qu'on a une patientèle qui nous ressemble un peu dans la façon de fonctionner, c'est assez vrai. » [MG 12]

EN ACCORD AVEC SOI : VALEURS ET PERSONNALITÉ

**Sentiment d'être suffisamment présent. pas de culpabilité*

- « ...y'a quand même chez nous le téléphone qui est en continu de 9h à 19h quasiment tous les jours donc euh, et si une fois ça arrive qu'ils arrivent pas à me joindre euh, parce qu'on est tout le temps au

téléphone ou parce qu'on a dû s'absenter ou qu'il est moins de 9h ou plus de 19h, je leur dis « vous mourrez jamais parce que je suis pas là, y'a toujours un médecin qui pourra vous répondre ». » [MG 5]

- « Je suis au maximum absente une journée dans la semaine, sinon je suis toujours joignable soit la journée entière soit la moitié de la journée. [...] Donc y'a toujours quelqu'un, nous, on répond au téléphone de 7h du matin à 19h le soir, du lundi au vendredi soir et samedi matin aussi. » [MG 11]
- « Y'a une continuité des soins via la permanence des soins, on est aussi impliqué dans la permanence des soins, je fais des gardes. [...] ils se débrouillent autrement quand je suis pas là quoi. Je travaille 9 demi-journées / semaine, c'est pas mal quand même. [...] Mais à un moment, là je travaille bien, je travaille suffisamment, je pense que je suis suffisamment présent au cabinet pour ne pas être dérangé encore à côté pour une autre question personnelle. » [MG 12]

*S'accomplir dans sa fonction d'aide

- « ...je pense que là où je fais bien mon travail, là où je suis à la limite, presque content, fier, c'est quand on a en face de soi quelqu'un qui a des moyens extrêmement limités, je pense par exemple à l'analphabète et pourtant, arriver à le faire progresser et à lui faire comprendre des choses et qu'il puisse s'en sortir et trouver des solutions. » [MG 2]

*Sentiment de reconnaissance

- « Y'en a certains qui me font confiance parce qu'il s'est passé des choses et peut-être qu'à un moment donné, j'ai peut-être fait la bonne chose. » [MG 6]
- « Un exemple, y'avait un patient que j'avais suivi pour un cancer professionnel, des voies urinaires ; il m'était reconnaissant parce que je l'avais encouragé à faire la déclaration en maladie professionnelle. » [MG 9]

*Savoir identifier ses besoins, ses priorités

- « Ça c'est un peu un leitmotiv comme finir à 16h pour être à l'école, enfin moi j'y mets un point d'honneur, ça fait partie, et si ça sort de l'école à 16h, je vais pas dire à mes gosses « ah ben non je viens plus tard

parce que je suis encore au cabinet », c'est plutôt à mes patients que je dirai « on revoit demain ». [MG 5]

- *« J'ai déjà pas le temps de voir tous les amis que je voudrais voir donc j'ai pas besoin d'avoir plus de faux-amis. J'aimerais déjà avoir du vrai temps pour mes vrais amis que je n'arrive pas à voir comme je voudrais. » [MG 12]*

**Valeurs et éducation : Une approche fonction de l'âge et un respect impératif pour la génération supérieure*

- *« Après en terme plus de contact, j'aurais pas forcément les mêmes approches avec quelqu'un de plus jeune ou de mon âge qu'avec une personne âgée [...] rien que par rapport au respect, par rapport à l'âge, qui ne sera pas forcément non plus parce que relation médecin-patient, mais parce que c'est une question d'âge et de respect de la génération supérieure. [MG 8]*

RECONNAISSANCE DE SES MÉCANISMES NATURELS

**Le fonctionnement naturel qui prend le dessus*

- *« Et puis moi c'est comme ça que j'aime bien travailler, je vais pas changer quoi que ce soit à ça ; à chaque fois je me dis bon, peut-être qu'il faut quand même être plus attentif et, mais je peux pas changer ma manière de travailler. » [MG 4]*
- *« Et je ne crois pas que ça ait évolué, je suis la même avec mes patients depuis le début. » [MG 6]*
- *« Après ça, je pense que j'arriverais pas à mettre de la distance, ce sera toujours comme ça, c'est comme ça quoi. » [MG 7]*

**Discerner sa propre tendance naturelle à la proximité comme non-adaptée*

- *« « c'est quoi la limite qu'on se fixe ? », c'est une limite qu'on pas heureusement à se poser la question trop souvent mais enfin c'est quand même une sacrée limite. » [MG 4]*
- *« Et au final, je pense qu'ils ne sont pas gagnants, parce qu'après j'essaie de leur plaire un petit peu dans ce que je dis, dans... et finalement après moi je suis finalement aussi quelque part en recherche de signes*

d'affection alors que je veux dire c'est pas mon rôle. [...] J'aime les gens, je suis plutôt conviviale et j'aurais plutôt une tendance à être proche. » [MG 6]

- *« Parfois, je vais être trop proche de certains patients, je le sens, tu vois où y'a trop d'affect qui rentre dedans, ça c'est la difficulté de mettre un peu de distance pour bien soigner. [...] Oui, ça m'est déjà arrivé effectivement. Par rapport euh, plutôt le fait de, moi c'est plutôt le problème de trop de compassion » [MG 7]*

- *« On a envie de faire plaisir et on a envie de créer, alors pas forcément des liens affectifs mais on a envie d'être bien vu et bien intégré. » [MG 8]*

*« Je peux gérer seul(e) »

- *« Je me suis euh... jamais trouvé, je crois en situation où j'ai besoin de demander de l'aide. Au niveau de l'échange avec des confrères, ça m'est arrivé exceptionnellement, moins de dix fois en 30 ans. » [MG 2]*
- *« Par contre, je n'ai jamais transmis le relais à un confrère. » [MG 3]*
- *« J'ai pas le besoin d'en parler plus que ça, je trouve que j'arrive à gérer. » [MG 5]*

*Tenter de trouver des solutions à tout

- *« ...moi j'ai besoin d'avoir un résultat... Alors ça c'est aussi peut-être un problème à moi... Le patient qui à tout bout de champs vient avec un problème, moi c'est plutôt dans le sens il faut qu'il guérisse. » [MG1]*
- *« je juge pas les gens moi, mais j'ai tendance à vouloir trouver des solutions à tout pour tout le monde moi. » [MG 6]*

*Prendre conscience progressivement de ses propres projections

- *« ...parce que sinon on va projeter sur lui notre manière de penser et ça c'est sûr que ça fonctionne pas. [...] parce que sinon, on est juste dans la projection de ce qu'on a euh, de ce qu'ils peuvent penser, [...] mais c'est notre représentation à nous que forcément, [...]... et donc là si elle dort pas bien, c'est qu'elle est dans un parc et qu'elle se fait du souci sur sa situation et comment on accède à ça si on est juste centré sur notre propre manière de penser les choses ? et ça je trouve que c'est très difficile. » [MG 4]*

- « *Moi, ça m'a pris un peu de temps, parce que je me suis dit « attends il se passe quoi ? » et essayer de comprendre ce qu'il se passe moi dans ma tête pour pouvoir mieux derrière la prendre en charge et adapter. » [MG 12]*
- « *Après avec mon expérience à moi, je pense que quand je me sens proche d'un...plus proche d'un « cas », alors j'aime pas ça, mais un « cas », je pense que j'ai plus tendance à me projeter dedans et à raisonner peut-être de manière moins médicale comme on nous l'apprend à la faculté, mais plus d'une façon pour laquelle je raisonnerai pour moi. [...] Un exemple, la fin de vie, il m'est arrivé d'avoir des patients en fin de vie. Pour moi, j'aimerais avoir une fin de vie à domicile et pas dans un lit d'hôpital etc..., ça pour moi, ça influence les choses. Alors ma vision des choses influence la façon dont je vais prendre en charge mes patients » [MG 12]*

SES PROPRES AFFECTS, DIFFICULTÉS & VULNÉRABILITÉS

*Une anxiété qui décrédibilise

- « *Je crois que vraiment ce qui nous faire perdre la position face à l'autre, c'est quand vous commencez à angoisser. » [MG 10]*

*Douter de soi

- « *Le problème c'est qu'après ça ébranle votre confiance en vous et on a un métier où on a une patientèle, quand on a l'impression que les gens n'ont plus confiance en vous et vous vous dites que voilà vous n'êtes peut-être pas un bon médecin. » [MG 6]*

*Trop d'empathie : la perception d'un risque supplémentaire de se faire envahir

- « *Mais lui il est très fermé comme ça et moi je suis toujours très ouverte [...] parce que je suis trop empathique, je trouve trop d'excuses aux gens. Les gens ont pris l'habitude. [...] J'arrivais pas à passer le cap, j'étais trop gentille. [...] j'ai dû me battre aussi sur l'empathie, je suis trop empathique face à chaque relation. » [MG 10]*

*Submergé par les affects (souvent refoulés ou intériorisés).

- « ...ce que moi je ressens au moment de la consultation, je ne le fais pas forcément ressentir au patient, [...] J'ai plutôt tendance à le garder pour moi. » [MG 1]
- « Ben, je pense qu'il faut, il faut arriver à le gérer. [...] c'est pas toujours facile. **Qu'est-ce qui est difficile pour vous ?** « Ben de gérer ses propres émotions face au patient. [...] Des fois, on aime bien le bloquer. » [MG 3]
- « Au niveau affectif, ça m'est déjà arrivé de me retrouver un peu... mais dans des situations difficiles de soins palliatifs, de choses qui se passaient pas bien. » [MG 7]
- « ...qu'il faut réussir pendant la consultation à prendre le recul sur l'émotion et ça s'est pas d'emblée évident et ça prend un peu de temps. » [MG 12]

*Les remises en question après le départ d'un patient

- « Je cherche parfois à comprendre mais y'a des fois où ça n'a rien à voir avec la médecine, rien à voir avec la relation médicale, c'est propre à eux même. » [MG 1]
- « Alors, je me dis il y a un truc que tu as dû louper, et euh, y'a quelque chose qui... [...] moi je pense que c'est comme ça que j'explique ces phénomènes de rupture brutale, c'est quand les gens mettent trop de confiance dans la relation, enfin dans les capacités de leur médecin et qu'à un moment ou un autre ils sont déçus. » [MG 2]
- « On cherche forcément, quand ils vont voir un collègue, on essaye de comprendre ; souvent on a quand même une idée. » [MG 6]
- « je sais pas, je me pose encore la question aujourd'hui mais je ne sais pas, s'il attendait autre chose ou pas ou si c'était juste purement amical ou affectueux, je sais pas, j'ai pas trouvé la réponse. » [MG 8]
- « ...on n'a pas d'explication. Donc là, on se pose des questions... » [MG 9]

*« phénomène de l'éponge » pouvant mener à l'épuisement professionnel

- « ...des fois, quand vous aimez bien le côté relationnel... c'est-à-dire le côté relationnel c'est très enrichissant mais il faut... j'arrivais des fois à des périodes de vacances complètement épuisée parce que

j'ai l'impression que j'absorbais tout, que j'arrivais plus à déconnecter ; [...] J'arrivais plus à prendre de la distance.

[...] Avant, y'avait des moments où je sentais que j'arrivais complètement, j'avais l'impression de tout absorber quoi. » [MG 11]

SES PROPRES LIMITES VIS-A-VIS DE LA RELATION DE SOINS

**Parfois, un manque d'écoute compréhensive*

- *« On se rend compte que les gens nous ont tendus pleins pleins de perches et qu'on les a pas entendu parce qu'on est juste en train de penser à qu'est-ce qu'il faut qu'on leur explique, qu'est-ce qu'il faut qu'on leur dise, qu'est-ce qu'il faut qu'on fasse et on est pas du tout présents aux gens. » [MG 4]*

**Réaliser : « moins systématique avec des patients qu'on connaît bien »*

- *« Alors trois semaines après elle est vue par une de mes remplaçantes qui fait faire une radio et puis le diagnostic est fait, bon y'a quasiment pas eu de perte de chances etc... mais je me suis dit ça c'est, bon c'est très bien pour elle qu'elle se soit, enfin qu'elle ait été vue par quelqu'un d'autre. » [MG 4]*
- *« ...moi j'ai une interne et quand je suis avec l'interne je me rends bien compte que je fais des consultations plus structurées et plus systématiques et que ça donne quand même lieu à des consultations de plus grande qualité quoi. » [MG 6]*
- *« ...finalement, j'ai demandé une Xième écho abdo parce que moi, je le connaissais pas bien et en fait je suis tombée sur des métas hépatiques. » [MG 7]*
- *« Parfois, j'aime le regard neuf de l'interne qui n'a pas tout en tête et j'aime bien un peu voir ce qu'il voit. [...] Parfois, j'aime qu'il voit quelqu'un d'autre qui les connaît moins. » [MG 10]*

7.5.2 Prise de recul : Les enseignements tirés et approches mises en place

*Un temps nécessaire pour la prise de recul et remise en question

- « je me rendais compte qu'avec les amis, que je voyais arriver le temps du questionnement... Et là je me suis dit mais pourquoi c'est pas lui qu'ils embêtent, pourquoi c'est toujours moi ?...
[...] Je me suis aussi interrogée sur mes vêtements, ma façon... » [MG 10]
- « Et puis j'ai aussi fait un travail sur moi-même il y a pas très longtemps pour un petit peu arriver à prendre du recul. A un moment, j'avais l'impression de... » [MG 11]

7.4.2.1 Pour le médecin lui-même

*Gérer son positionnement = un vrai questionnement, un réel apprentissage

- « Et oui, ça m'avait intéressée parce que moi j'ai tendance quand même à vouloir faire pour les gens, à leur dire quoi faire, comment faire ; je suis peut-être un peu directive et pour moi c'est un vrai travail.
[...] Ça, pour moi c'est pas facile, c'est un vrai travail. » [MG 6]
- « ... s'il y a quelque chose sur lequel il faut que je travaille c'est mettre la distance suffisante et parfois mettre un peu plus de distance. [...] mais c'est un travail de tous les jours je pense ! » [MG 7]
- « Je crois qu'on est un très mauvais juge soi-même de sa relation, on peut pas tellement dire comment on est perçus. [...] Après 36 ans voyez, je suis sec, c'est pas si évident que ça. Je crois qu'il y a des gens qui sont très doués là-dedans et d'autres moins, ça peut se travailler. » [MG 9]
- « J'ai dû apprendre ça, ça c'est pas fait tout seul. [...] je me suis dit « c'est à eux de me respecter », mais j'ai dû grandir. » [MG 10]
- « ...après, tout n'est pas écrit ça n'est pas facile. » [MG 11]
- « Donc y' a une distance à avoir et je crois que c'est difficile, c'est un apprentissage, ça, ça prend un peu de temps. » [MG 12]

*Garder une vigilance constante sur la gestion du positionnement

- « Donc notamment dans des cas lourds comme ça, il faut garder un peu de distance, c'est un patient que je suivais depuis le début... » [MG 7]

- *mais faut faire attention quand même, faut pas mettre le doigt dans l'engrenage de... [...] Mais je pense que c'est important de la gérer quand même, de pas trop se laisser emballer, enfin d'y penser en tout cas, et de se dire d'emblée ne pas vouloir...[...] Il faut savoir se laisser entraîner, voir évoluer les choses mais faut quand même garder une certaine distance, avoir un recul sur soi-même et même son activité pour ne pas se laisser déborder ; dans sa façon d'interagir. [...] Il peut y avoir un rapprochement lié à la situation, lié à la personne, une affinité X ou Y, mais qu'il faut quand même arriver pour accompagner les gens, à avoir de l'empathie mais une distance suffisante. » [MG 12]*

**Prêter attention à son positionnement et ses « mouvements » naturels*

- *« c'est moi qui me reprends en fait, parce que je me rends compte que je commence à...à tomber le masque un peu et là je fais un peu attention quoi.[...] Donc c'est plutôt par rapport à moi, c'est plus moi qui me rend compte voilà il faut peut-être que j'arrête, voilà c'est bon. »*
 [Propos rapportés après entretien] *En parallèle, doit se mettre des limites pour ne pas être proche.*
 [MG 6]

**Devoir se reprendre*

- *« Disons qu'il y a des fois où moi je me dis, quand je me rends compte que je commence à être trop affectueuse ou à trop déconner tout ça, c'est moi qui me reprends en fait, parce que je me rends compte que je commence à...à tomber le masque un peu et là je fais un peu attention quoi.*
[...] Donc c'est plutôt par rapport à moi, c'est plus moi qui me rend compte voilà il faut peut-être que j'arrête, voilà c'est bon. »
 [Propos rapportés après entretien] *En parallèle, doit se mettre des limites pour ne pas être proche.*
 [MG 6]
- *« J'ai tendance à être trop proche, donc s'il y a quelque chose sur lequel il faut que je travaille c'est mettre la distance suffisante. » [MG 7]*

**Un équilibre à maintenir*

- « Je pense que si l'équilibre arrive à être maintenu comme ça, y'a pas de raison, enfin c'est pas quelque chose qui me fait peur. » [MG 5]

**Toujours en accord avec soi et ses valeurs pour être à l'aise dans son exercice*

- « ...c'est-à-dire qu'il faut rester soi-même et dire les choses comme elles sont. » [MG 1]
- « ...probablement que si on est à l'aise avec ce qu'on est, sa fonction, son rôle voilà comme on est médecin et ben c'est pas si compliqué que ça quoi. [...] quand on est bien dans son rôle de médecin, ça va tout seul. [...] Moi je me sens bien. » [MG 4]
- « ...je vais pas contre mes pensées et ma façon de faire. » [MG 5]
- « Il faut [...] pouvoir se regarder encore dans la glace. » [MG 8]
- « ...il faut vous fixer vos règles dans lesquelles vous êtes capables d'être un médecin et d'être à l'aise. » [MG 10]
- « ...être en accord avec soi-même. Que l'on décide d'être complaisant aux yeux des autres, ok mais si on le fait, il faut être en accord avec soi-même. Je pense que c'est ça le point important pour ne pas ruminer ou se dire qu'on aurait pas dû faire comme ça... » [MG 11]

**Tenir compte de son ressenti pour fixer ses propres limites*

- « Des fois, on se met des règles tout seul mais on s'en rend pas forcément compte. » [MG 3]
- « ...enfin dans ma tête à moi et c'est quelque chose que l'on ressent, on ressent surtout quand on est allé trop loin, ou quand on en a trop fait. [...] quand cette distance a été trop, enfin quand quelque chose a été franchi, on va sentir et il faut se faire confiance dans le fait qu'on le ressent, et ce qu'on ressent c'est juste et que, qu'il faut qu'on en tienne compte, on va ressentir qu'on a transgressé quelque chose. [...] Alors, je pense que ces deux éléments là sont à prendre en compte euh... voilà. Après moi vraiment, je pense que c'est quelque chose qu'on ressent très intimement, quand j'ai pris une décision de faire quelque chose et quand je me rends compte que ça ne me convient pas, que je ne suis pas à l'aise avec ça, je sais que j'ai été trop loin ou pas assez. Le ressenti est donc très important. [MG 4]

- « il fallait aussi un peu recadrer les choses à ce moment-là, j'en ai clairement ressenti le besoin. [...] il faut savoir mettre des limites, savoir et pouvoir les mettre. » [MG 8]
- « Non, c'était pas réfléchi comme ça, « je vais jusque-là et au-delà je m'arrête ». » [MG 9]
- « ça me prenait la tête d'être le médecin de tout le monde partout où j'allais, donc j'ai réfléchi sur moi et j'ai regardé. [...] il faut vous fixer vos règles dans lesquelles vous êtes capables d'être un médecin et d'être à l'aise. » [MG 10]
- « Après, la juste proximité, il faut réfléchir soi-même à ce qu'on accepte et ce que l'on accepte pas, fixer ses limites. » [MG 11]
- « En vrai, j'en prends encore mais j'y vais au feeling. » [MG 12]

*Rester soi-même : Ne pas chercher à plaire pour conserver sa patientèle

- « Qu'il est important pour un jeune médecin de ne pas chercher à se « prostituer » pour créer sa patientèle ou plaire aux patients. » [MG 5]
- « voilà ne pas faire comme les gens veulent forcément » [MG 6]
- « Je pense qu'il est important de noter de ne pas tout vouloir faire pour plaire (entre guillemets) aux patients et que si y'a des choses qui sont pas à faire, par exemple l'histoire des faux-certificats ou ce genre de choses, il faut travailler pour soi et pas pour les autres en fait. » [MG 8]

*Discerner et garder un recul émotionnel (pour la relation et pour soi)

- « je pense que si l'on veut rester efficace, il faut savoir garder un peu de recul sur le plan émotif et euh, ben pour moi ... Je pense que dans ma carrière de médecin j'ai dû enterrer entre 200 et 300 personnes, 200 personnes... (silence), ouais 10 par an, ouais, à peu près, donc il est évident que si y'avait un investissement émotif euh, à travers tous les gens qu'on côtoie etc et surtout qui ont des gros problèmes de santé, on pourrait pas. » [MG 2]
- « ...il faut pas non plus laisser, on va dire le côté affectif envahir la consultation. » [MG 6]
- « faut un certain, quand même un recul... » [MG 7]
- « Après il faut arriver à se détacher et faire la part des choses [...] faut pas pleurer non plus avec les gens parce qu'ils ont une maladie grave. » [MG 11]

*Apprendre à dédramatiser le départ d'un patient : prise de recul

- « Après y'en a aussi avec qui ça s'est mal passé et voilà, on est dans un cabinet à plusieurs donc y'en a souvent des patients qui passent de l'un à l'autre, ça c'est pas facile à vivre mais c'est quelque chose auquel on doit s'adapter et dont il faut pas faire trop cas parce que sinon...Il faut arriver à comprendre que c'est parce que, c'est pas de l'amour, c'est pas qu'ils nous aiment plus mais c'est parce qu'à un moment donné ça marche plus ou ils nous reprochent quelque chose et voilà, faut essayer de pas être malheureux avec ça quoi.

[...] J'essaye justement de me détacher et de pas commencer, si on commence justement à vivre ça comme dans un téléfilm, on est mal barré parce que y'en a tous les jours des histoires comme ça. » [MG6]
- « ...en se disant que même si un patient est parti c'est pas grave. » [MG 8]
- « Y'a bien sûr tout un turn-over, certains qui vous quittent, certains qui viennent. [...] Mais j'en ai tout le temps qui me quittent quand même et j'en ai d'autres qui arrivent.

Là, y'a une patiente qui vient de me quitter, bon elle je me demande encore pourquoi elle a suivi 20 ans, elle a fait que râler pendant 20 ans. Alors ça m'a pas touchée, elle croit qu'elle me fait mal. » [MG 10]

*Importance de relativiser : le médecin n'est pas irremplaçable

- « J'ai un médecin qui était passé et qui m'a dit « Tu sais le jour où t'es mort, tes patients, la seule chose qu'ils se demandent c'est qui ils vont aller voir comme médecin quoi ». C'est important aussi de relativiser, de se rendre compte que voilà, certes les gens sont attachés à nous, certes il y a une proximité et tout ça mais on n'est pas Dieu le père et puis si jamais on n'est plus là, ils se tourneront vers un autre. »

[MG 6]

7.4.2.2 Vis-à-vis des patients et de la relation thérapeutique

*Invariablement rester attentif, rester à l'écoute

- « il faut rester à l'écoute surtout, garder ce cadre, rester à l'écoute. [...] Alors, moi oui je, alors ça c'est primordial et c'est de rester à l'écoute. »
- « On peut traduire ça comme ça, c'est l'entendre et être attentif. » [MG 4]

- « ... faut être à l'écoute. » [MG 6]
- « J'essaie de rester à l'écoute du patient dans sa diversité. » [MG 10]
- « Et bien écouter le patient. » [MG 11]

*Laisser un réel espace de paroles au patient

- « Moi, je pense qu'il faut qu'on se taise et qu'on laisse les gens dire ce qu'ils ressentent, quelles sont les questions qu'ils ont envie et euh... » [MG 4]
- « ...j'ai un petit peu appris à écouter plus aussi les gens, à les laisser plus parler. » [MG 11]

*Respecter la liberté de choix et de cheminement au patient = autonomie

- « Et je laisse toujours aux patients, une très grande liberté de choix ...Y'a des fois des patients qui partent, mais y'en a parfois qui reviennent et je pense qu'il faut leur laisser le choix. » [MG 1]
- « le truc de « c'est mon médecin et je peux pas aller ailleurs et je peux pas demander un deuxième avis » ça me semblait pas coller pour moi. Pour moi c'est important que la personne qui vient, elle se sente libre de venir et de partir. » [MG 10]
- « Des fois, il faut peut-être aussi accepter que les patients, pour qu'on arrive à avancer, faut aussi qu'ils aient le temps de cheminer. Parfois, on bloque sur certaines situations, c'est pas toujours un cul de sac. Il faut laisser les gens faire un peu leur cheminement eux-mêmes. [...] moi j'essaie quand même de toujours respecter la volonté des gens, surtout quand il y a des pathologies qui malheureusement qui vont avoir une mauvaise issue, dans le cadre d'un cancer par exemple. » [MG 11]
- « Après ça dépend de la volonté du patient. [...] Exemple : la patiente de 45 ans avec son cancer du sein, j'en parle parce que je l'ai vue ce matin, qui voulait même pas faire de chimio à la base. « Ok. » Vous pouvez rien faire... » [MG 12]

*Rencontrer, adapter : un pas vers la compréhension de l'autre

- « ...comment est-ce qu'on peut être dans l'explication ? c'est la même chose l'explication, si j'explique à un patient diabétique ce que c'est que l'hémoglobine glyquée ou je ne sais quoi et que lui il se représente le diabète comme euh... bon là j'ai pas de représentation, enfin tout à fait autrement, ben ce que je vais

lui expliquer ça a rien à voir avec comment il se représente les choses et du coup ça sert à rien, j'aurai parlé pendant dix minutes pour ne rien dire, enfin, et on le voit bien les gens décrochent au bout de, très très rapidement. » [MG 4]

**Garder une communication transparente envers le patient*

- *« Simplement de dire aussi, bah voilà y'a des choses que je ne peux pas faire et voilà, notamment vis-à-vis de certains patients qui sont toujours dans la demande et il faut leur dire « ben je sais pas faire... ». [MG 9]*
- *« Et puis aussi avoir l'humilité de quand on sait pas, de ne pas croire qu'on peut tout gérer tout seul. [...] Moi j'hésite pas à prendre mon téléphone quand je ne sais pas trop ou que j'ai des doutes, j'appelle un confrère, je me sens pas totipotente à tout gérer toute seule. » [MG 11]*
- *« ...en leur expliquant qu'on a des limites dans nos connaissances, dans tel ou tel domaine. Parfois, expliquer qu'on n'a pas toujours la compétence pour,... » [MG 12]*

**Faire preuve de compréhension, souplesse face au patient qui communique sur sa santé quand le besoin en est ressenti*

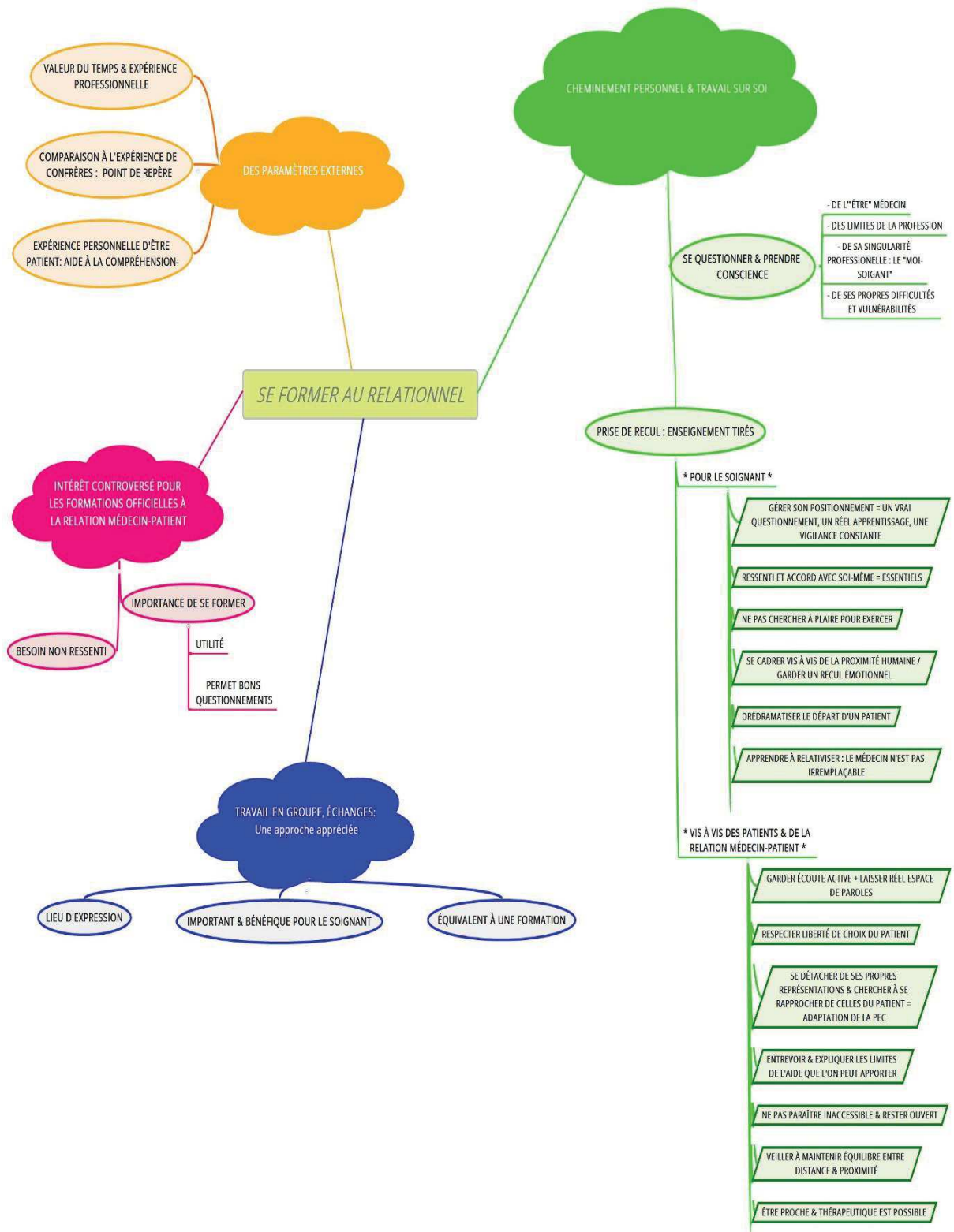
- *« ...mais après c'est peut-être tout simplement une façon de communiquer, parce que le patient communique avec son médecin sur son état de santé de façon générale, donc il croise son médecin et au lieu de juste lui dire Bonjour, s'il a envie de parler un peu plus, il va peut-être dévier sur son problème de santé du moment... peut-être... » [MG 12]*

**Ne pas paraître inaccessible*

- *« La juste proximité pour moi, c'est euh, de ne pas paraître inaccessible, pour pouvoir être écouté et suivi, je pense qu'il ne faut pas paraître inaccessible. » [MG 5]*

**Être proche et thérapeutique est possible..si conscience.*

- *« Thérapeutique pour elle je pense, en tout cas apaisante pour elle, c'est comme ça que je l'avais senti, en tout cas que je m'étais...enfin que j'ai fait ce truc-là, car elle était tellement désemparée euh. [...] mais (une proximité) qui peut faire partie du processus thérapeutique, oui. » [MG 2]*
- *« ...selon les personnes, il est possible d'être proche et thérapeutique quand même. » [MG 8]*
- *« les relations deviennent plus proches mais si ça se fait dans l'optique de soins, finalement ça roule, ça ne pose pas de problèmes majeurs.
[...] on les voit exclusivement à domicile, où c'est du coup plus proche, mais si ça reste cadré par le soin, ça ne me crée pas de problème.
[...] Elle se sent peut-être plus en confiance ou elle a peut-être plus de facilités à s'exprimer, donc là ça reste thérapeutique. »[MG 9]*



**Figure H : SCHÉMA RESULTATS (VIII) –
Se former au relationnel**

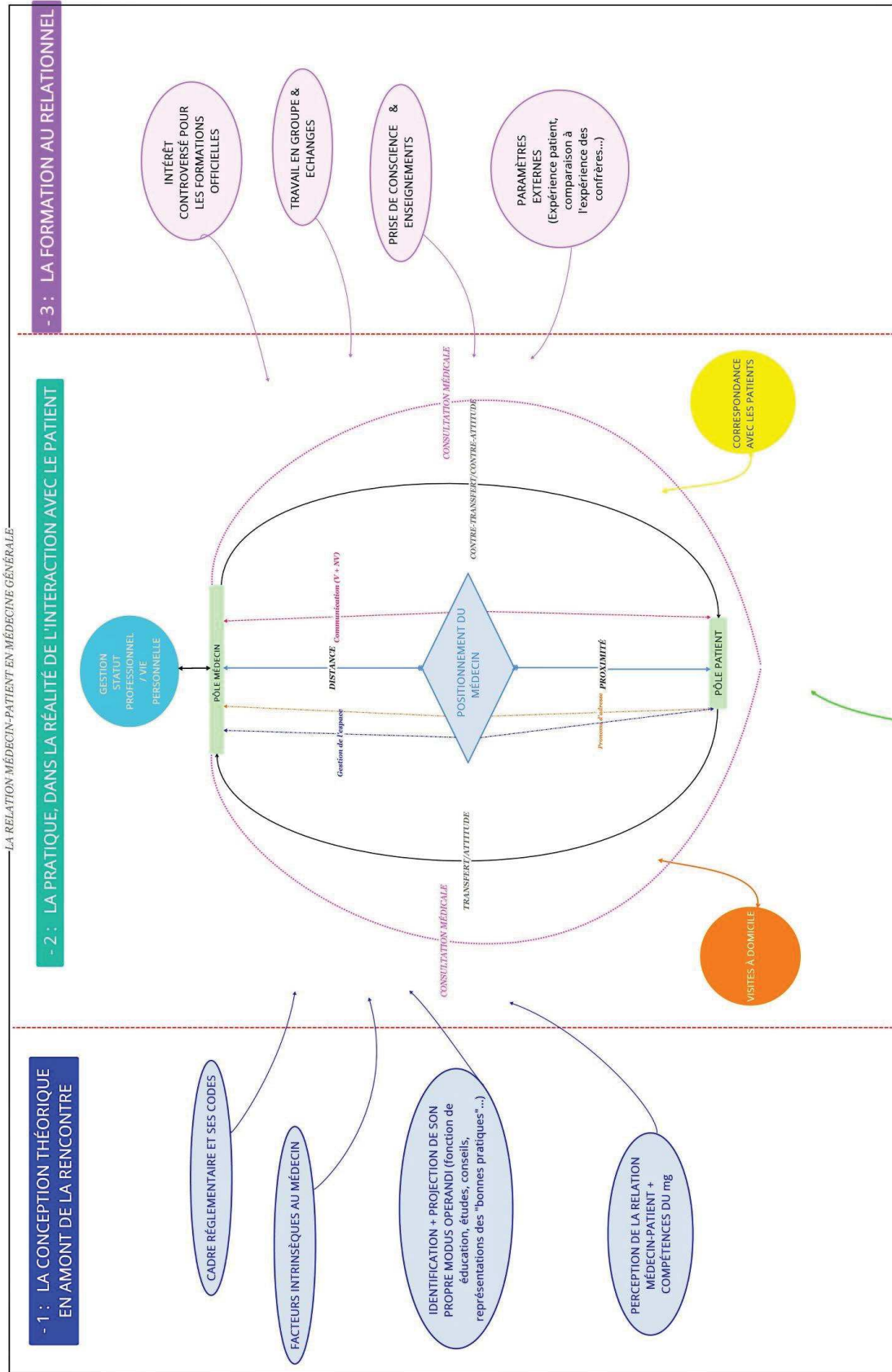


Figure 1 : SCHÉMA SYNTHÈSE -Facteurs déterminants du positionnement du Médecin Généraliste face au patient

-DISCUSSION ET INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS-

A. À PROPOS DE LA MÉTHODE

1. Le choix de l'étude qualitative : forces et faiblesses

Comme il l'a été explicité dans la partie MÉTHODE, l'étude qualitative vise à étudier et à enquêter mais donne seulement une orientation.

Une des limites est donc que, ne générant pas de résultats statistiques, ceux-ci ne peuvent être extrapolés à la population générale. Le nombre de personnes interrogées est en général restreint mais les questions plus ouvertes permettent des informations beaucoup plus détaillées. Elle ne s'oppose donc pas à la méthode quantitative mais vient plutôt la compléter.

Par ailleurs, la démarche qualitative flexible et évolutive, peut donc s'adapter au fur et à mesure de l'étude et de la réflexion, ce qui n'est pas le cas en recherche quantitative, une fois l'étude démarrée. Elle n'a pas recours à un questionnaire fermé, et laisse la possibilité de supprimer des questions peu productrices de sens ou au contraire d'en ajouter des plus prometteuses (64).

Le choix de l'entretien individuel semi-dirigé permet aussi d'utiliser au mieux, un temps imparti raisonnable pour la réalisation d'un entretien. Il témoigne à la fois d'une souplesse face aux nouveaux indices et d'une direction définie et cadrée, qui facilite la systématisation des données (64). Par contre, l'élaboration du guide nécessite une exploration et des réflexions autour du thème, au préalable.

Pour ce travail, ce type d'étude apparaît donc comme particulièrement adapté, confirmant ainsi une cohérence interne :

- Il s'agit d'une démarche compréhensive : « *Comment le médecin réussit-il à se positionner dans cette dimension relationnelle propre à la médecine générale, comment trouve-t-il sa place ?* » ;

- Qui examine un phénomène social : la démarche de positionnement au sein de l'aspect relationnel du soin ;
- Et en particulier une dimension subjective difficilement quantifiable : le ressenti et le vécu du médecin généraliste vis-à-vis de son positionnement face au patient, dans ce contexte de proximité.

2. La validité externe

« *La validité externe est un indicateur qui permet au chercheur d'évaluer la valeur de sa recherche, et plus précisément d'évaluer la fiabilité de ses conclusions externes* » (65). Elle existe si la généralisation des concepts qui y sont développés est possible.

Pour étayer la validité externe dans ce cas (66), une triangulation partielle des données a donc été menée via un double codage réalisé sur ¼ des retranscriptions (rendues anonymes), par un autre investigateur qui n'avait pas connaissance du codage initial.

Une analogie proche de 85% a été retrouvée entre les deux versions de codages.

3. Contrôle de la présentation de l'étude

L'évaluation de la présentation d'une analyse en recherche qualitative est complexe. Il existe cependant un ensemble de *Critères consolidés de déclaration de la recherche qualitative (COREQ - Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research)* (67), c'est-à-dire une liste permettant le contrôle de 32 items pour les entretiens (ou groupes de discussion) et ainsi vérifier les éléments de clarté nécessaires à la présentation d'une étude qualitative.

Au total, sur trente-deux items précisés, vingt-neuf sont remplis dans cette étude. Les trois manquants concernent l'item n° 18 - pas de répétition des entretiens -, l'item n° 25 - pas de description de l'arbre de codage -, et l'item n° 28 - pas de retour ou correction des participants sur les résultats (suite logique du fait qu'ils n'ont pas souhaité les transcriptions des entretiens).

4. Les limites propres à l'étude

4.1. Biais de recrutement

Le recrutement ayant eu lieu sur la base du volontariat, il paraît naturel de penser que les différents enquêtés ayant accepté de participer à l'étude possèdent initialement une sensibilité plus accrue et portent d'avantage d'intérêt au versant relationnel de leur profession, et plus précisément sur la question du positionnement du médecin généraliste face à ses patients.

De même, certains médecins n'ont finalement pas participé à l'étude, parfois par manque de temps ou peut-être pour d'autres motifs, comme un intérêt peu développé pour le sujet ; ce qui est à déplorer car leurs témoignages auraient pu apporter un réel enrichissement à ce travail.

4.2 Biais relation enquêté-enquêtrice

En excluant de l'étude les praticiens déjà remplacés par l'enquêtrice, le but était de diminuer au maximum le biais de relation enquêté-enquêtrice pouvant influencer sur la qualité et spontanéité du discours, lors des entretiens.

Il est tout de même important de préciser que deux entretiens ont été menés via le tutoiement, car je connais ces deux personnes interviewées d'un point de vue « échanges professionnels » (mais jamais remplacées). Ces points sont précisés dans les notes de chaque entretien en **annexe III**.

Une proximité relationnelle entre enquêtés et enquêtrice a tenté d'être limitée au maximum, tout en sachant qu'il est parfois plus simple de se livrer lorsque l'on connaît la personne, ce qui a de temps en temps pu aussi entraîner un biais de « retenue » d'informations.

En parallèle, tous les enquêtés ont pris connaissance de mon statut d'étudiante et remplaçante en médecine, et ce, peut avoir influé sur le discours de ces derniers. En effet, s'exprimer face à une jeune consœur peut être déconcertant et constituer un biais de censure.

Ce statut a aussi pu conduire parfois à un discours un peu normatif de la part des médecins : « *Il faut...* », « *Je sais bien que...* », « *Je dois...* », énonçant plus facilement des généralités ou injonctions et, traduisant inconsciemment l'engagement moral d'une bonne conduite.

4.3 Biais de l'inexpérience de l'enquêtrice et biais d'intervention

Comme je l'ai précisé antérieurement, je n'avais aucune expérience préalable en matière de recherche qualitative.

Il est indiscutable que le fait de mener des entretiens semi-dirigés de qualité constitue un travail complexe et relève d'une expérience à part entière (68). Des qualités d'écoute et d'empathie sont nécessaires pour favoriser un discours de qualité, tout en gardant en tête le fil conducteur de l'entretien et en cherchant à « *rebondir sur les propos tenus par l'enquêté, pour les approfondir* »(61). Relancer et reformuler étant « *le tour de main le plus important et difficile à acquérir* »(61), il se peut que mon intervention lors des entretiens ou la gestion du « *timing* » n'aient pas toujours été des plus adaptées.

Les premiers entretiens n'ont donc pas été simples à mener, mais au fur et à mesure de l'avancée de l'étude, je me suis sentie plus à l'aise (le contexte et les questions progressivement mieux maîtrisées). Il est fort probable que cette inexpérience ait eu impact sur le recueil de données ainsi que sur l'analyse ultérieure.

4.4 Biais du contexte de la collecte

Les différents entretiens et la collecte de données se sont organisés selon les disponibilités « *spatio-temporelles* » des médecins interviewés, en espérant réunir des conditions influant le moins possible sur le recueil de données.

Cependant, le cadre et/ou le contexte ont parfois mené à l'interruption de l'entretien quelques minutes (pour exemple, lors d'entretiens en milieu de journée de consultations).

L'information de la durée envisagée de l'entretien, plus conséquente qu'une consultation, a été transmise lors du mail d'invitation à l'enquête mais il est arrivé quelquefois, que la fin de l'entretien soit accélérée pour terminer avant la reprise des impératifs des médecins interviewés.

5. Impression globale et intérêt vis-à-vis du sujet

De manière globale, les médecins interrogés ont témoigné d'un vif intérêt pour ce travail de recherche, permettant ainsi des entretiens plus longs, plus approfondis et sûrement plus confiants. Un certain temps de parole s'avère en effet nécessaire pour qu'une personne interviewée se sente en confiance et développe un discours plus spontané et naturel (68). De plus, la teneur des informations communiquées a d'autant plus pu être approfondie, proposant ainsi une importante richesse au niveau des données.

Les retours en fin d'entretien ont tous été positifs et certains même, ont précisé l'utilité personnelle d'y avoir participé : « *Un entretien comme ça, je pense que ça peut être thérapeutique ...* » [MG 3].

6. Evolution du positionnement de chercheur : ressenti personnel, limites et conséquences

Ce travail a été long, très long pour moi, et, d'une infinie richesse.

Lors de la réalisation des entretiens, ce sujet et cette thématique ont parfois pu susciter un réel engouement et très souvent révéler une véritable problématique pour les médecins.

Mener des entretiens s'est réellement avéré passionnant pour moi mais cet exercice relève de véritables expérience et savoir-faire, pour évoluer au plus proche de la problématique soulevée et de ses progressions.

Le travail a révélé sa complexité par la transversalité de deux thématiques, celle de la proximité médecin-patient mais aussi celle du positionnement. Je n'avais pas assez anticipé la profusion de données que j'allais récolter, ni la vastitude des questionnements que ce travail allait générer chez

moi. J'ai donc mis du temps... pour trier, analyser, comprendre, mûrir, lier, conceptualiser et mettre un point final.

Certaines données ou contenus d'entretiens ont pu s'avérer transversaux, véhiculant dans un même passage plusieurs idées/thèmes. La réalité des faits est souvent reliée, imbriquée. Il a donc fallu faire des choix.

À travers cette expérience, il en résulte aujourd'hui pour moi, une véritable traversée et compréhension du travail de recherche, et de ses aléas, mais pas seulement... J'ai la chance, lors de ce travail, d'avoir vécu une sensibilisation-initiation majeure à l'exercice de mon métier et de son environnement, ainsi qu'une prise de conscience capitale vis-à-vis de mon orientation, de mes choix responsables et limites de soignante...

Les prémices d'une belle réflexion en cours de développement...

B. À PROPOS DES RÉSULTATS

Mon questionnement initial autour de la relation de proximité pouvant s'instaurer entre médecin généraliste et patients, et ses conséquences, m'a poussée à développer une réflexion autour des perceptions des médecins, de leurs vécus ainsi que de la gestion de leur positionnement dans cette dimension relationnelle, particulière à la médecine générale.

En effet, le positionnement du médecin face à son patient représente une réelle problématique en médecine générale ; un questionnement multifactoriel allant bien au-delà de l'unique posture professionnelle en consultation...

1. *Un positionnement à contextualiser*

LA MÉDECINE GÉNÉRALE : RECONNAISSANCE D'UN CONTEXTE ET DE CONDITIONS RELATIONNELLES PARTICULIÈRES

Cette partie vise à appréhender le contexte global et d'exercice et, l'environnement d'évolution en médecine générale ainsi qu'à préciser différents facteurs, dénotant déjà (à mon sens) d'une certaine influence en termes de positionnement face au patient, pour le médecin généraliste.

Les identifier permet sans doute d'y rester sensible, alerte et de pouvoir ensuite mieux s'y inscrire.

1.1 *Les circonstances sociétales : un climat de transition mouvementé pour la relation*

1.1.1 De l'évolution de la relation médecin-patient à l'écueil de l'attitude consumériste des patients

Comme nous l'avons défini en introduction, la relation médecin-patient est asymétrique ; le patient dépendant, avec sa souffrance, viendrait épouser une certaine forme de passivité face à un médecin auprès duquel il vient chercher conseils et savoirs. Pourtant, les médecins interrogés, ne se reconnaissent plus dans un modèle paternaliste et dirigiste. Le mouvement actuel mis en place et ressenti par les médecins est en faveur d'une médecine partagée, où le patient prend différemment place face à sa maladie et dans sa prise en charge, devenant davantage responsable, et acteur de sa propre santé. De nombreuses études et articles(69), rendent compte de cette évolution déontologique. Les praticiens ont d'ailleurs à cœur de développer une relation sur « un pied d'égalité » : « *c'est une relation, je coiffe pas le patient, on est à égalité, on partage* » [MG 1], dit l'un d'eux. Ce pas vers une « médecine partagée » où le patient, ses différents ressentis, besoins et volontés sont réellement considérés, semble donc faire sens pour les médecins.

Néanmoins, dans la même instance, plusieurs problématiques observées viennent questionner ces faits.

Une des premières conséquences déplorée et difficile à vivre pour les médecins se situe au niveau de l'attitude consumériste et individualiste des patients. De nos jours, le patient est parfois considéré comme « *un utilisateur de soins* » (70). Ses exigences ne cessent d'augmenter : « *ils ont des exigences qu'on peut pas suivre ...* » [MG 2] « *Je conseille dès le début d'être très attentif à l'abus des patients qui ont des demandes incroyables...* » [MG 10] ; réduisant alors le médecin à un prestataire de service et le mettant en difficulté au sein de la relation thérapeutique. Peut-être est-ce aussi la conséquence d'une génération de médecins hyperdisponibles et trop complaisants, comme le blâment plusieurs médecins interrogés ... ?

Globalement, cet écueil, extrême et pesant peut en effet régir le quotidien de ces derniers et alimenter régulièrement des problématiques relationnelles et/ou conflits internes pour eux, qui questionnent ainsi leur fonction et leurs limites.

1.1.2 Une dissonance entre la persistance d'une image sacerdotale du médecin généraliste et la réalité d'un profil qui se renouvelle

Les médecins interrogés sont ici plusieurs à le souligner, il existe encore dans la pratique auprès des patients, cette image sacerdotale du « bon vieux médecin à l'ancienne » dévoué corps et âme à ses patients, prêt à répondre à toute demande (comme mentionné ci-dessus).

Les médecins conservent parfois eux-mêmes cette représentation quant à la médecine de campagne, faisant le choix pour certains d'exercer en ville, au regard de cette projection envahissante. Aussi témoins des expériences difficiles de leurs confrères/pairs, de nombreux médecins ont évolué dans cette perspective et n'aspirent plus à cette forme d'exercice.

Aussi, ces ressentis désagréables entre cette représentation persistante et leurs volontés actuelles créent la confusion dans le dessein de cette « place ». En effet dans cette étude, ils évoquent clairement l'intention (et le besoin) de ne plus être disponibles 24/24, de se sentir équilibrés dans

la gestion entre leur vie professionnelle et vie personnelle. Ils soulignent en parallèle, le fait que ces choix d'exercice et de vie ne les rendent pas pour autant moins investis dans leur pratique vis-à-vis de leurs patients : le sacerdoce révolu ne résonne pas avec un exercice désengagé.

La réalité actuelle est donc à un profil de médecin généraliste qui se renouvelle, créant ainsi un «décalage» entre les représentations et la réalité. La transition entre les désirs et fonctionnements des différentes générations est de ce fait complexe.

1.1.3 La télémédecine : un avenir questionné ?

Ce sujet n'a été que très peu abordé par les médecins mais a tout de même spontanément émergé. Bien que ce ne soit pas la thématique spécifique du travail, je trouve intéressant d'en dire un mot. Les études dernièrement réalisées à ce propos, témoignent que 3 médecins sur 4 y semblent favorables(71), mais il est en effet légitime de s'interroger sur la difficulté de se positionner et d'évoluer dans une médecine « en transition », surtout lorsque l'on note la place centrale que prend la dimension relationnelle dans l'exercice de la médecine générale.

Aujourd'hui, et à travers ce travail spécifique, il semble toutefois que cette thématique autour de la télémédecine ne soit pas un questionnement majeur en lien avec le positionnement du médecin face au patient, mais pourrait-il le devenir ... ?

Toutes ces bases mouvantes génèrent des difficultés et altèrent l'exercice serein de nombreux médecins. Ce contexte, loin d'être exhaustif, constitue un paramètre complexe à considérer et à intégrer pour les médecins en exercice et en devenir, afin de pouvoir réaliser un « juste » positionnement face au patient, au contact de ce contexte particulier.

1.2 Des conditions relationnelles singulières en médecine générale : la duale expérience de proximité

1.2.1 Les spécificités d'exercice : d'une proximité factuelle à une proximité relationnelle

*Une Médecine « à l'épreuve du temps »

En accord avec la définition européenne de la WONCA(35), la médecine générale s'envisage comme une discipline globale et holistique, médecine de famille et de suivi, de première instance et dans la durée. Pour les interrogés, le temps partagé, parfois même toute une vie, et les épreuves communément traversées avec leurs patients, créent la confiance et souvent la solidité d'une relation. Naturellement, au sein de cette temporalité déployée entre les deux individus, les liens s'affinent, se tissent. Le temps est donc un important facteur de proximité relationnelle, pouvant générer des relations fortes vécues durant l'exercice de la médecine générale.

*Une médecine mobile, au-delà du cabinet médical : des ressentis contradictoires

Il est de nos jours, souvent reproché aux médecins de ne plus réaliser assez de visites à domicile... Pourtant, elles font toujours partie du panorama du médecin généraliste et ce, de manière spécifique.

Dans ce travail, ce sujet divise : tantôt traversées comme une contrainte chronophage et de réalisation malaisée, les visites sont aussi vécues comme un temps humain précieux et qualitatif pour la prise en charge. Une « médecine sociale », comme la décrivent certains interviewés où ils sont parfois le seul moment de relation humaine dans une journée, pour leurs patients isolés. Ce sont des temps de discussions chaleureux, d'échanges : « *c'est du lien social et puis c'est de la visite relationnelle* » [MG 12], permettant toutefois une plus grande compréhension bio-médicale des problématiques de leurs patients. À travers cet acte particulier permettant le maintien de suivi jusqu'au domicile du patient, se tisse généralement une relation particulière, plus proche et plus humaine, ne serait-ce que par la découverte du milieu de vie et espace privé des patients (72). Les

médecins interrogés utilisent d'ailleurs ici le terme fort d'« intimité » pour désigner la puissance du partage et du lien qui se créent avec leurs patients.

L'ambivalence globale ressentie à propos des visites à domicile est aujourd'hui retrouvée dans de nombreux travaux, notamment dans le travail de thèse du Dr TEKAYA (72).

* Multiplicité des moyens de correspondance : où est la limite des contacts médecins-patients ?

Un facteur qui n'est pas des moindres est représenté par la place qu'occupe la correspondance avec les patients, en médecine générale. Différents moyens co-existent aujourd'hui, au-delà de l'appel formel au cabinet : l'utilisation du courrier électronique, du smartphone et parfois même des réseaux sociaux... Ce sont globalement de nouveaux facteurs susceptibles de générer du lien et de diminuer la distance professionnelle instaurée entre patients et médecins, dont il faut avoir conscience.

Ces derniers ont bien conscience que ces différents moyens peuvent vite être chronophages, envahissants, voire insécures, raisons pour lesquelles leurs usages sont généralement pensés en amont, organisés et cadrés.

D'ailleurs, l'usage d'une boîte mail à destination professionnelle, malgré la législation floue à ce sujet (73) semble davantage consenti que les autres, permettant de maintenir plus facilement un cadre préservant le médecin et donc une distance avec le patient. Les récents moyens de communication (smartphones, réseaux sociaux...), ne sont que très exceptionnellement utilisés à titre professionnel (existence d'exceptions biomédicales très spécifiques, du type accompagnement en fin de vie). Leurs utilisations restent plutôt réduites à un usage privé (se sentant trop exposés ou craignant pour la sécurité des informations). Leur non-emploi à titre professionnel semble limiter et cadrer les contacts entre médecins et patients et c'est aussi un moyen pour les médecins de se préserver du débordement professionnel.

Des médecins très à l'aise avec leur cadre d'exercice et/ou leur propre mode de fonctionnement, quant à eux, le vivent et le gèrent bien, posant clairement certaines limites et maintenant alors un positionnement clair, cohérent avec leurs besoins et volontés.

1.2.2 « *Exercer et vivre avec ses patients...* » : superposition d'environnements et limites floues

*Le partage questionnant d'un même territoire de vie.

Je me suis moi-même beaucoup questionnée sur ce sujet : « Ai-je envie d'évoluer à proximité du cabinet et des patients, avec la possibilité de les rencontrer régulièrement en dehors de l'exercice professionnel ? ». Ici, un point notable est discuté et soulevé par la plupart des médecins : celui de leur environnement de vie personnelle. Généralement médecins de proximité (l'un des premiers critères de choix des patients), ils partagent et évoluent souvent dans le même espace de vie que leurs patients ; thématique sujette à questionnements.

Les rencontres peuvent être vécues très naturellement, tant que le respect est de mise et que ne sont pas abordées des questions médicales. Parfois très conviviales, elles influencent aussi la relation thérapeutique et sont génératrices de lien de confiance, concourant aussi à un temps d'humanisation important du médecin. Régulièrement, le ressenti est plus complexe de l'ordre de l'envahissement et vient générer de nombreuses problématiques pour les médecins.

*Influence du statut professionnel sur la vie personnelle : la question d'une fonction Médecin sans limites

La société peut attendre des attitudes particulières, et elle-même générer des réactions différentes selon le statut de la personne rencontrée.

Allant de la pleine reconnaissance au sentiment anxiogène d'être en représentation non-stop, « *The Truman show, vous savez le film, et ben c'était ça, c'était affreux, c'était angoissant pour moi.* », [MG 6], il est indéniable que le statut professionnel de médecin suscite des réactions, des questions, des regards. On ne croise pas Mr X., on croise Docteur X (1).

Éviter de croiser des patients ou de dire que l'on est médecin, sont autant de stratégies utilisées pour se préserver. Mais la division est de mise pour les médecins, entre un engagement moral

concernant leurs responsabilités, soulignées par le code de déontologie (74) (Articles 9 et 47 notamment) , et un vécu quotidien lourd.

*Le choix du lieu d'habitation : une préférence à peser

L'ancien modèle du médecin vivant au pied de son cabinet est encore possible mais de moins en moins d'actualité. Comme explicité ci-dessus, il existe une volonté réelle de la part des médecins de préserver leur vie privée de leur vie professionnelle. Prendre la décision d'éloigner consciemment le lieu de vie du lieu de travail est une solution permettant de limiter la sensation d'envahissement. Cette distanciation est envisagée comme une « bulle » préservant le soignant.

1.2.3 Finalement, une proximité relationnelle ressentie : des perceptions individuelles aux réalités communes ambivalentes

*Regards sur « la proximité », un terme initialement tabou

Pour plusieurs praticiens interrogés, l'abord de la question du positionnement relationnel à travers le terme de proximité semble malaisé, voire défendu. Dans le non-verbal généré et les premières réponses verbalisées, je rencontre plutôt des réactions de résistance/d'opposition : « *Je suis enregistré, il ne faut pas que je dise de bêtises ... (rires)* » [MG 1] « *Des patients qui soient devenus des amis, pour moi, il n'y en a aucun. Aucun, c'est certain.* » [MG 2]

Ils l'ont souvent répété « *on m'a bien appris qu'il faut être distant, garder une certaine distance* ».

Est-ce face à cet enseignement que les médecins ont du mal à aborder cette gestion relationnelle sous un autre angle ? La proximité serait-elle une notion initialement déniée ? Elle renvoie en tout cas à des ressentis d'interdits dans la relation, bien que le code de déontologie ne fasse pas mention de restrictions vis-à-vis des liens de proximité.

*La réalité d'un contre-transfert positif, propre à chacun

Dans cette étude, on retrouve une proximité « factuelle » et objectivable (développée ci-dessus par les conditions d'exercice et de vie), mais il existe tout de même dans le vécu de chaque

médecin, une expérience en lien avec le fait de se sentir « proche » d'un patient ; une proximité relationnelle. Qu'il émane d'une identification au patient ou d'une sensibilité à l'égard d'un transfert positif de ce dernier, ce ressenti propre à chaque médecin est subjectif et s'avère en lien avec sa personnalité (75) et ses propres représentations du « bon patient » (fonction apostolique décrite par M. BALINT (32))

Ce ressenti (de proximité) témoigne d'un affect contre-transférentiel toujours positif, une projection agréable envers le patient.

Chaque praticien émet alors une définition subjective de la proximité avec le patient, propre à chacun, propre à chaque situation.

Pour certains, cette notion et ce ressenti de proximité, dans le cadre professionnel, sont reliés à des situations générant de forts enjeux émotionnels dans la relation médecin-patient, ou tout simplement en lien direct avec la pratique médicale courante, le fait de mieux connaître son patient, ou de le suivre sur le long terme. Quand pour d'autres, se dessine au-delà du cadre professionnel, la possibilité de tisser progressivement des liens d'amitié ou le partage de loisirs communs (probablement favorisés par le fait d'évoluer dans le même secteur de vie).

Le suivi régulier et dans la durée apparaît naturellement comme un facteur générateur de liens de proximité avec le patient.

*Des conséquences ambivalentes : un équilibre difficile à trouver

En s'intéressant à la dimension spécifique de la relation de proximité médecin-patient en médecine générale, est mise en évidence l'ambivalence vécue par les médecins. Cette formule relationnelle peut en effet générer tout et son contraire. Que ce soit de l'amélioration de la prise en charge médicale du patient à une relation complexifiée et plus risquée, les médecins oscillent entre ces différentes conséquences sans pouvoir en tirer de ligne de conduite.

Dans le même temps, les médecins prennent conscience que malgré certains déboires relationnels pesants, la majorité des patients restent généralement respectueux. Certaines de leurs appréhensions généralisées seraient infondées et à mieux discerner.

-SYNTHÈSE-

Une réalité contextuelle de la médecine générale complexe à intégrer

- Un contexte sociétal actuel qui déséquilibre la relation
- Une médecine relationnelle singulière : des conditions (d'exercice et de vie) en médecine générale, génératrices de proximité médecin-patient
- Proximité pour le médecin de deux ordres : facteurs factuels (visites à domicile, correspondance... ..) et dimension relationnelle (contre-transfert positif)
- Un sentiment et des conséquences ambivalents =
Richesse et complexité du métier – Bénéfices et risques pour la prise en charge biomédicale

⇒ *L'importance d'appréhender le contexte, l'environnement et les conditions de travail*

2. *Un positionnement à structurer*

DES RÉFÉRENTIELS AUX REPÈRES : UN EXERCICE CADRÉ

2.1 *L'enjeu central, la mission professionnelle médicale*

2.1.1 Des connaissances sécurisantes pour une fonction-médecin à assurer

Cette étude nous rapporte la place et la valeur de la formation médicale, des connaissances et de la fonction « technique » à assurer, considérée par les médecins. Ils le répètent « *j'ai été formé pour soigner...* » « *Je suis un technicien de santé...* », et se rassemblent grandement autour des notions transmises pendant leurs études... Il se distingue clairement la place que peut occuper cette vision du métier, de l'ordre de la technique et du biomédical. On remarque ainsi l'engagement et le respect développés pour l'enseignement reçu durant la formation médicale (connaissances, référentiels, conseils/transmissions de pairs).

Je note, dans le même temps, le rôle que joue cette conscience professionnelle : ils en reviennent régulièrement à leur fonction de médecin et aux missions que celle-ci incombe. Ce mouvement les rappelle, comme une sécurité, une sorte de garde-fou qui les recentre, au risque de se voir s'éparpiller, partir dans trop de convivialité, trop d'affect, ou de s'éloigner de leur objectif médical.

2.1.2 Modalités de consultations : des codes qui soutiennent et structurent la relation

*Consultation en cabinet médical : retour à un cadre spatial familier et maîtrisé

Le médecin aspire naturellement à consulter au cabinet médical. En effet, c'est un lieu connu, familier pour lui. Il y dispose de son matériel habituel, du dossier complet du patient et d'un espace qu'il maîtrise. La maîtrise, les repères, semblent générer un sentiment de sécurité.

On a développé ci-dessus le vécu pesant des visites à domicile au niveau de l'organisation temporelle notamment, ceci soulignant naturellement la préférence de consultation en cabinet.

Mais, l'endroit est aussi un paramètre qui dessine le type de relation, et devient alors contenant pour celle-ci. D'emblée au cabinet médical, même face à des patients proches, la relation est plus structurée et d'ordre professionnel. La rencontre en visite apparaît globalement plus relationnelle, « humaine » ou sociale.

*Rétribution, un protocole malaisé mais cadrant

Tout comme le lieu structure la relation, les honoraires de l'exercice (au-delà de la notion de tiers-payant) font partie du protocole et officialisent le soin dans une démarche professionnelle, spécifiquement avec les patients proches. Cette règle fait partie du cadre à respecter et à accorder pour pouvoir débiter la relation et l'alliance thérapeutique.

Cette rétribution, face à laquelle les médecins ne se sentent pas toujours à l'aise (parfois déplacée au niveau d'un secrétariat) est soulignée dans la littérature, notamment par le travail de thèse du Docteur DELMAS V.(58).

*Blouse ou pas, un choix personnel...

La question de la blouse est un sujet qui divise.

Elle fait partie des emblèmes usuels du médecin. Au-delà d'une question d'hygiène et de se sentir à l'aise pour exercer, son port véhicule des représentations très différentes. Chez les jeunes générations de médecins, par exemple, elle peut amener une forme de légitimité, de sérieux et une sensation de sécurité, un vêtement de « protection ». Certains médecins en font usage lors de pratique spécifique (médecine manuelle par exemple). Quand pour d'autres, elle génère au contraire une trop grande distance avec le patient et est vite abandonnée. Dans cette étude, elle reste envisagée comme un code souple, qu'il est nécessaire de s'approprier.

Du côté des patients, une étude de grande ampleur a été menée sur 14 pays (incluant 1040 citations de patients éligibles) (76), montrant généralement une préférence des patients pour la tenue vestimentaire officielle du médecin, même si celle-ci reste influencée par d'autres facteurs (âge, lieu, contexte...)

2.1.3 Un engagement moral, une réponse déontologique

*Le respect personnalisé des principes fondateurs de l'exercice de la médecine

Il y a des principes fondateurs qui régissent la consultation médicale et la relation médecin-patient. Le secret médical en fait partie et son art est parfois délicat à manier. Malgré cela, les médecins tentent de tenir un engagement essentiel vis-à-vis de cette règle déontologique (74) (Article 4 du code). En effet, ce fondement central est connu des patients, son respect est au service de la relation et permet au patient confiance et confiance.

Tout en le respectant à leur manière, les médecins se réapproprient le principe de bienfaisance. Ils en font mention en le formulant sous couvert du concept de bienveillance : *« c'est justement de veiller à bien faire ou de veiller à faire du bien. Alors attention, veiller c'est pas faire. [...] on reste réveillé, on est conscient, on fait attention »*. L'intention du médecin reste en faveur du patient, tout en respectant davantage son autonomie (en accord avec l'abandon progressif du modèle paternaliste).

*Des règles de « bon exercice » à suivre

À travers les *« Il faut...On m'a bien appris qu'il fallait être distant, ne pas être amis avec les patients... »*, on entend le développement de projections, représentations, influencées par les études, la formation, telle une charte de règles de « bon exercice ». Les médecins ont principalement utilisé des injonctions restrictives quand il s'agissait de parler des risques de la proximité (l'amitié, la familiarité...). Ils suivent des grandes règles de comportements à respecter pour mener et faire perdurer une relation saine. Cela témoigne d'intentions toujours bien ancrées, autour d'un respect déontologique : le respect des « devoirs » dans l'exercice de la médecine. Ces règles et injonctions replacent toujours indirectement la « juste distance » au centre de leur préoccupation, notion capitale qui fait partie des transmissions.

2.2 La conception humaniste, fondation de la profession

2.2.1 Reconnaissance valorisante et unificatrice des compétences et qualités relationnelles du MG

Le relation médecin-patient est le cœur de l'exercice et particulièrement en médecine générale, comme l'explicitent la marguerite des compétences du MG (Annexe N°II) ou la définition de la WONCA(77) (via les compétences fondamentales et qualités relationnelles essentielles à développer.)

Il n'est pas étonnant de constater que les interviewés eux-mêmes se rejoignent sur un tableau commun, dépeignant leurs valeurs et compétences humanistes. Il semble que cette auto-perception et projection valorisantes de leur métier fassent sens pour eux et soient réellement motrices dans leur pratique, représentant aux côtés du versant relationnel, l'essence de la profession.

La responsabilité personnelle du praticien dépasse alors l'acte purement technique pour rejoindre la dimension humaniste du soin.

2.2.2 Des valeurs humaines partagées, gages d'une relation saine, équilibrée et durable

Par ailleurs, le chapitre traitant de la « *fonction soignante de proximité* » des médecins généralistes entres autres, dans « *Singuliers généralistes* » (38), nous interroge sur la question de la « *tenabilité* » du soigner autrui », dans la durée. Les médecins insistent dans les entretiens pour rendre compte de l'importance du partage et de la réciprocité des valeurs humaines qui lient médecins et patients. Ces valeurs constituent à la fois des prérequis pour créer et faire perdurer une relation équilibrée entre les deux protagonistes, mais aussi un socle commun qui permet un réel espace de rencontre, basé sur le respect et la confiance.

Il y a toutes ces notions, règles et valeurs transmises, respectées ; ces tierces externes qui cadrent, font figure de « loi » mais guident surtout la relation. Il paraît central que ce cadre (bio)médical, joue un rôle canalisant et sécurisant pour les praticiens mais ne devrait pas pour autant rigidifier la consultation. Il est un fil rouge pour les médecins en termes de positionnement. Il reste néanmoins essentiel pour eux de les interroger et de les investir à travers leur propre éthique, notamment via la mise en place d'un cadre personnel.

2.3 Un cadre propre au soignant : développement de son « *modus operandi* »

Avant même de commencer à exercer, le médecin va envisager sa pratique et la façon dont il aimerait l'exercer, ce sont ses projections du métier qui sont mises en jeu.

Confronté à la réalité du métier, il va alors pouvoir investir et appliquer (ou non) un « *processus d'aménagement [d'un]des métiers du soin de première ligne, (...) et d'en assurer la « supportabilité» notamment pour tout ce qui se rapporte à la présence quotidienne et au long cours des patients.* »(38). Il va donc pouvoir dessiner son propre cadre, ses propres règles, en tentant notamment de trouver l'équilibre entre sa mission professionnelle, les codes et sa propre personnalité. Ce qu'il est important de souligner ici, c'est qu'après s'être saisi des protocoles à respecter et adopter (cadre externe), le soignant va pouvoir moduler et organiser personnellement sa pratique (cadre interne). Ce point s'avère tout aussi central pour limiter et structurer la pratique et, un cadre clairement énoncé dès le départ au patient va permettre de créer la base de l'alliance thérapeutique, tout comme les accords d'un contrat.

Attention à ne pas basculer dans des enjeux de pouvoir, l'objectif étant de permettre le développement d'une relation de confiance.

On voit ici tout l'enjeu et la difficulté de suivre un exercice normé, cadré, qui vient régulièrement en soutien aux médecins... Une sécurité « *qui se fait oublier [...] tant qu'il n'arrive pas une avarie qui nous rappelle son importance* ». [...] *À priori, invisible et inapparent, le cadre est toujours influent.* » (41). Mais on y lit aussi le besoin et la nécessité d'investir toutes ces normes et tout ce cadre pour se sentir « justement » positionné (passant d'un cadre externe à un cadre interne, propre à soi). La cadre et les contours de l'exercice, sous différentes formes sont contenant, structurants pour la relation, et sécurisants pour le médecin.

-SYNTHÈSE-

De la structure à la sécurité : un exercice cadré

- Cadre de l'exercice, à différents niveaux = un contenant fondamental pour la relation, mais aussi pour le médecin
- Les codes = une tierce externe qui vient cadrer, structurer, orienter
- Il interroge la construction de l'identité professionnelle « Moi-professionnel »
- Solidité et sécurité du cadre (= maîtrise, connaissances, modalités, codes) permettent la pleine présence à la relation
- Reste néanmoins à investir personnellement = propre cadre de travail du médecin généraliste
- Nécessité d'être énoncé clairement.

⇒ LA GESTION D'UN CADRE À RESPECTER et À ORGANISER

3. *Un positionnement à créer et adapter*

LA RÉALITÉ DE L'INTERACTION AVEC LE PATIENT

3.1 Des outils relationnels pour proposer... et composer

3.1.1 La parole : l'usage des mots

*Pédagogie à développer pour une communication confiante et adaptée

La communication avec le patient est centrale et régit la relation qui se dessine avec celui-ci. Les temps de parole sont primordiaux : tant ceux du patient dans l'information qu'il apporte au médecin, tant ceux du médecin dans la qualité et la pédagogie des explications qu'il transmet. C'est à ce moment charnière que la relation peut se développer dans la confiance ou au contraire se rompre. Inconsciemment, dans un temps court et sans y avoir été réellement préparé, le médecin est tenu de faire preuve d'adaptation face à son patient. C'est un des points clefs que soulignent les médecins, ainsi que l'acquisition progressive qu'ils ont pu en faire tout au long de leur exercice.

*S'adresser au patient : des principes à l'adaptation.

En s'intéressant ici à la proximité, le thème (bien que prévu par le guide d'entretien) des pronoms d'adresse a naturellement émergé.

Vouvoyer, tutoyer ? C'est une entrée qui donne le ton et influe d'emblée sur le positionnement initié face au patient. Leur emploi, une nouvelle fois lié aux valeurs qu'ils véhiculent et à la représentation que s'en font les médecins, émane souvent de principes bien ancrés. L'usage du vouvoiement est très largement prépondérant vis-à-vis du respect qu'il induit et de la distance qu'il impose. Les médecins restent donc prudents, notamment quand il s'agit de patients plus proches. Au-delà des principes figés, les exceptions sont néanmoins possibles et très souvent adaptées aux besoins ou propositions du patient.

Le comité d'éthique à l'hôpital Esquirol, concluait en 2010, concernant l'usage des pronoms d'adresse : « *le recours à des règles de procédures systématiques va à l'encontre du caractère humain de la relation soignant-soigné et il appartient à chacun de construire un certain nombre de règles adaptables, modifiables et individuelles.* »(78)

Ayant été peu ou pas formés, les médecins tentent donc de développer l'art et la maîtrise subtils de la communication verbale, progressivement, tout au long de l'expérience. Sans surprise, elle est référente en matière de positionnement et de gestion de la relation.

Les résultats de l'étude font aussi part, notamment en consultation de médecine générale, de nombreux temps de communication informelle, grandement générateurs de spontanéité dans la relation et de véritable lien interpersonnel. Ces temps de discussion, de partage (partage d'intérêts communs, nouvelles de la famille...) qui ne sont pas en lien avec la médecine ou l'objectif de la consultation à proprement parlé, ont un fort impact sur le type de relation et la confiance qui se créent (souvent initiateurs de proximité médecin-patient).

3.1.2 Communiquer sans parler

« La parole est d'argent, le silence est d'or. »

Les mots ont une importance extrême, et les silences tout autant, si ce n'est plus.

Savoir écouter, développer son écoute sont des compétences fondamentales, qu'il est nécessaire de développer. En effet, les jeunes médecins ont tendance à laisser peu parler les patients, ils ne savent parfois pas (encore) écouter, réellement. Ecouter est différent d'entendre, il s'agit d'intégrer le message du patient et avant tout, savoir se décoller de ses propres représentations.

La communication non-verbale reste centrale et accompagne réellement les mots utilisés. Il est essentiel de rester alerte sur ce point, les médecins ont d'ailleurs conscience de la posture d'accueil qu'ils proposent. En termes de positionnement, ils identifient d'autres outils comme le

toucher relationnel ainsi que la gestion de l'espace (notion de proxémie- annexe I), qui sont aussi représentatifs du ressenti du médecin, de ce qu'il peut proposer et adapter dans le présent de l'interaction. Dans ces instants de relation thérapeutique, le ressenti, même inconscient du médecin s'avère être un réel baromètre.

La communication non-verbale est donc à la fois un moyen additionnel pour comprendre le patient mais aussi une autre manière de communiquer avec lui.

Pour conclure : expliquer beaucoup et écouter beaucoup. L'accueil du patient reste primordial.

3.2 La rencontre de deux protagonistes : vers une co-construction ?

3.2.1 Le patient acteur et ses limites

Le patient en médecine générale, choisit son médecin généraliste.

Ce médecin traitant pourra devenir pour le patient un interlocuteur privilégié sur le long terme, le patient y sera donc d'autant plus attentif. Tout comme il peut choisir d'entamer la relation thérapeutique avec un médecin, le patient peut choisir d'y mettre fin. Cette conséquence, dont les médecins ont bien conscience et qu'ils redoutent, est souvent mal vécue (par manque d'explications) et redistribue tout à coup le sentiment de « toute-puissance » généré habituellement par la position du médecin, au sein d'une relation médicale initialement asymétrique.

Le patient a ses propres besoins et demandes, et véhicule aussi ses propres représentations, positives ou négatives face au médecin (transferts) qui sont susceptibles (surtout en début de carrière ou lorsque les médecins n'en ont pas conscience), de susciter des réactions ou attitudes chez le médecin.

3.2.2 Du cadre au contre-transfert : le médecin reste le chef d'orchestre

La consultation est un temps d'accueil du patient et de ses souffrances, mais la place de ce dernier va aussi pouvoir se dessiner en fonction du médecin et de ses représentations. Il en reste le véritable chef d'orchestre.

En effet, comme explicité plus haut et répété par les médecins interrogés, chacun positionne le cadre de la consultation et de la relation thérapeutique dans sa globalité, pour poser les bases claires. Dans le même temps, il va aussi réaliser à son tour, une projection plus ou moins agréable vis-à-vis du patient, ce qui peut engendrer, lorsqu'il n'en a pas conscience une contre-attitude réactionnelle plus ou moins bonne (un moyen de défense en général (48)), plus ou moins adaptée dans la prise en charge thérapeutique. C'est le contre-transfert (46) du médecin.

Lorsque l'on parle de ressenti de proximité pour le médecin, c'est qu'il développe un contre-transfert positif à l'égard du patient et/ou qu'il engage parfois la transgression de son propre cadre, dépassant certaines limites qu'il avait pu se fixer. C'est en revenant sur le partage et les explications d'un exemple concret qu'il commence à en prendre conscience. Aussi, lorsque le patient est initiateur de recherche de proximité, c'est encore une fois le médecin qui va autoriser ou non cette « demande » du patient (en fonction de son propre ressenti et de sa propre projection).

Ce qui peut en réalité poser problème au niveau relationnel, c'est la prise de conscience tout à fait inconstante du médecin(75) concernant le transfert du patient à son égard et réciproquement, un fort contre-transfert qu'il pourrait développer vis-à-vis de lui (que ce soit de la proximité affective aux réactions d'opposition). Ses réactions et prises de décision peuvent alors être altérées et générer des écueils pour la prise en charge (perte d'objectivité, erreurs médicales...) ou pour le versant relationnel, ou un surinvestissement du médecin pouvant le mettre en difficulté (affects amplifiés, certificats de complaisance...). C'est l'effet « remède-médecin »(32) amené par Balint.

Selon les médecins interrogés, lors de situations à forts enjeux émotionnels avec les patients, ils s'avèrent peut-être plus aptes à pouvoir ensuite s'interroger et prendre conscience de ce qui est

mis en jeu. Bien qu'il n'y ait pas été sensibilisé, la reconnaissance et prise en considération des émotions du soignant sont donc aussi des pistes essentielles à développer pour l'aider dans son positionnement face au patient.

3.2.3 La rencontre avec l'autre : une confrontation avec soi

La rencontre représente cet espace commun entre deux, cette réunion, ce terrain d'entente trouvé entre médecin et patient, que ce soit dans la relation professionnelle thérapeutique ou d'un autre ordre ; ce moment où deux personnes distinctes, deux subjectivités se rencontrent (concept d'intersubjectivité(50)). C'est là tout l'objectif d'une consultation médicale : trouver un consensus entre médecin et patients, ce que les médecins expriment clairement. Mais ce n'est pas toujours le cas facilement...

Initialement, comme évoqué ci-dessus, l'adaptation du médecin sera vraiment de nature spontanée et instinctive, parfois semblant très appropriée et entraînant parfois son lot de difficultés et d'interrogations pour le médecin.

C'est à ce moment que le médecin, selon sa personnalité et sa propre propension à se questionner, peut s'interroger et prendre conscience de ses erreurs ou manquements et de ce qui se (re)joue dans une relation. On peut faire appel au concept de l'altérité pour comprendre ce mécanisme. J'évoque J.P. Sartre qui illustre bien cette idée avec cette citation : « *pour obtenir une vérité quelconque sur moi je dois passer par l'autre* » (79)

Ce sont souvent les situations à forts enjeux émotionnels, surtout désagréables, qui mobilisent la réflexion du médecin. C'est dans l'expérientiel de cette rencontre avec le patient, que le médecin se confronte à lui-même et vient finalement à sa propre rencontre : « *Qu'est-ce qui m'a gêné ici ? Pourquoi ai-je réagi ainsi... ?* » : la rencontre du « moi-professionnel » indissociable du « moi-personnel ».

Les médecins illustrent aussi cela à leur manière, en parlant du constat de la singularité de chaque médecin, permettant de proposer aux patients autant de manières d'exercer la médecine qu'il y a de médecins différents : « *on est tous différents, c'est ça qui est bien, les gens trouvent finalement la médecine qui leur convient même à travers des gens qui pratiqueraient théoriquement le même type de médecine.* » [MG 1].

-SYNTHÈSE-

Des principes à l'adaptation : une relation construite dans le présent de l'interaction

- Création et ajustement de la relation grâce à différents outils relationnels (communication, gestion de l'espace...).
- La communication et sa gestion : fondement de la relation et critère central de positionnement face au patient
- Cohabitation du cadre et de l'accueil du patient.
- Consultation : rencontre de deux personnalités subjectives, espace commun à co-créer.
- Conscience du médecin vis à vis des mécanismes transférentiels, essentielle à la bonne gestion de la relation thérapeutique.
- Prise de conscience du contre-transfert : confrontation avec sa singularité soignante.

⇒ *UNE RELATION À CRÉER ET À ADAPTER*

4. *Un positionnement à investir*

IDENTIFIER ET MATÉRIALISER SA SINGULARITÉ SOIGNANTE : DÉFINIR SA POSTURE

4.1 *Des difficultés formatrices : le dessein de son champ de compétences et de ses propres limites*

La réalité de terrain est confrontante pour le médecin.

En lien avec la partie précédemment développée, le médecin va donc pouvoir, via ses difficultés et potentielles dérogations à son propre cadre, prendre conscience de ses affects émotionnels, de ses modes de fonctionnements et des ajustements de positionnement à éventuellement réaliser.

Cette compréhension de lui-même vient mettre en relief une dissonance clef, entre les réactions, les comportements qu'il réalise et les projections qu'il développe en amont vis-à-vis de son propre métier et de sa gestion. Ces projections, en lien avec un respect de la déontologie médicale, le sont aussi et surtout avec ses propres valeurs et limites de soignant. Les médecins interrogés en parlent : après certaines difficultés relationnelles et un temps de recul, ils prennent conscience de leurs propres limites et vulnérabilités personnelles (ils décrivent des sensations d'épuisement, de mise à distance complexe et de difficultés à discerner).

Dans l'étude, les médecins parlent aussi de la prise de conscience concernant les limites globales du métier, de la possible « interchangeabilité » des médecins, qui ne sont pas irremplaçables.

Ces étapes sont extrêmement importantes dans un processus de réflexion vis-à-vis de leur propre positionnement, elles permettent la définition de leur éthique personnelle envers le patient et leur pratique. En effet, c'est la conscience de ses vulnérabilités qui vont aussi permettre au soignant de pouvoir définir son propre champ de compétences et ses limites professionnelles.

De la délimitation de ce propre cadre d'exercice (comme j'en ai fait mention précédemment dans la partie 2.3 de l'analyse), le médecin va pouvoir adapter la manière dont il souhaite l'investir et

les ajustements à y réaliser, pour être à la fois en accord avec le respect déontologique de la profession, avec l'accueil du patient et de ses différentes dimensions, et avec le respect de ses propres valeurs. Il met alors en place des approches ou stratégies d'adaptation (stratégies de coping(47)) progressivement et consciemment.

Pour pouvoir évoluer vers un positionnement face au patient, conscient, éclairé et choisi, il y a donc des difficultés à dépasser, transformer et des enseignements à tirer. C'est ainsi que le médecin va prendre conscience de sa propre singularité soignante, qu'il construit au fur et à mesure, au contact de l'expérience et ainsi pouvoir développer sa propre posture, soit « *une manière d'habiter un positionnement* » (54)

4.2 Une liberté d'organisation : des choix professionnels pour se positionner

La médecine générale est une médecine libérale qui se caractérise aussi par sa liberté d'installation et d'organisation. Sur de nombreux points, le médecin peut choisir la manière dont il va développer son exercice et organiser sa pratique au quotidien (consultations, visites à domicile, correspondances...), tout en restant en accord avec ses besoins et valeurs (définis antérieurement ou au fur et à mesure) (38).

D'ailleurs, le positionnement se dessine déjà en amont, avec le choix du secteur d'installation. Certains médecins se sont confiés et expliquent avoir choisi la médecine de ville en opposition à la représentation anxiogène de la médecine rurale. Certes, les médecins ont l'image d'une patientèle fidèle en campagne mais ils souhaitent aussi se préserver d'un surinvestissement chronophage auprès des patients, en choisissant la médecine de ville et en réalisant un choix avec lequel ils sont en accord et qu'ils assument.

De manière globale, pour exercer de manière accomplie et se sentir équilibré dans son positionnement face au patient, le médecin doit se connaître et confronter ses valeurs à la réalité de terrain pour pouvoir être en mesure de faire les ajustements nécessaires. Le « moi-professionnel » est ainsi incontestablement lié au « moi-personnel »

-SYNTHÈSE-

De la projection à la concrétisation de sa propre identité professionnelle

- Des difficultés formatrices : un apprentissage et une découverte de soi (champ de compétences et limites) à travers l'expérience et face à l'autre
- Clefs de l'exercice : se sentir bien dans sa pratique et rester en accord avec soi-même = développer son éthique personnelle
- Des choix professionnels nécessaires pour se positionner face au patient
- Ajuster son positionnement en fonction de son prisme personnel = habiter sa posture professionnelle

⇒ *LA NÉCESSITÉ D'INVESTIR SA SINGULARITÉ SOIGNANTE*

5. *SYNTHÈSE et OUVERTURE :*

Un positionnement à construire

SE POSITIONNER ET TROUVER LA(-SA) JUSTE PROXIMITÉ : UN PROCESSUS D'ÉLABORATION

5.1 *Se positionner : une problématique complexe et multifactorielle*

Comme pressentie au départ de ce travail, la problématique du positionnement face au patient dans le contexte particulier de la médecine générale est complexe. Les médecins interrogés l'expriment tant par un discours parfois direct vis-à-vis de cette thématique, tant par des allusions plus indirectes en fin d'entretien.

En effet, au-delà d'un contexte sociétal changeant, le questionnement du positionnement est large et multifactoriel et fait intervenir plusieurs niveaux de questionnements (environnementaux, déontologiques, relationnels, personnels...). Ce sont de nombreux référentiels pour le positionnement du médecin, où l'enjeu est à chaque fois d'y trouver l'équilibre.

Ils n'ont pas forcément toujours conscience de ce qui se joue au quotidien dans leur pratique et dans la relation. Un point qui majore d'ailleurs la complexité de cette question et de sa gestion est le manque de formation initiale au versant relationnel, déploré par bons nombres de médecins.

En fin de travail, je peux ajouter une dimension subjective à cette réflexion. En effet, la question « *Comment trouver le juste positionnement face au patient ?* » devient finalement « *Comment trouver SON juste positionnement face au patient ?* » et dans ce contexte précis : « *Comment trouver SA juste proximité face au patient ?* »

La réponse que l'on peut parfois voir se dessiner ne sera jamais figée ni acquise ; elle évolue dans le temps, est fonction des situations, des personnes rencontrées et de son propre état.

5.2 Un processus dans le temps : une démarche réflexive à développer

Malgré un cadre et une éthique personnelle dessinés, la relation n'est jamais figée.

Elle évolue d'un patient à un autre, d'un motif à un autre, de circonstances à d'autres et elle évolue dans le temps. Le temps est effectivement un facteur d'évolution (voire de rapprochement médecin-patient) pour la relation, toutefois le médecin chemine aussi et sa patientèle s'adapte, en général à ses propositions.

À travers ce travail, on peut voir se dessiner un mouvement global.

Tous les médecins projettent initialement une façon d'exercer, en amont, dépendante de leurs propres projections mais aussi des transmissions durant leurs études ; le positionnement est alors anticipé.

Ils se mesurent ensuite, et mesurent alors leurs projections, à la réalité d'exercice. Les adaptations sont souvent réactionnelles initialement (spécifiquement lorsque la formation au relationnel a été très légère, ils se sentent démunis) : le positionnement est alors réalisé.

Le temps et l'expérience ayant un fort impact, les médecins confrontés à ces difficultés mais ayant à cœur la bonne gestion de la relation, prennent du recul, se questionnent, se réinterrogent et réadaptent progressivement. Ce mouvement de recul (de distanciation) permet alors au positionnement d'être ajusté.

Ce processus se traverse au sein d'une démarche réflexive. On peut prendre exemple sur le cycle réflexif proposé par Gibbs en 1988. (Annexe III).

5.3 La nécessité du partage pour se réinterroger

L'évolution étant plutôt favorable ces dernières années en termes de transmissions, les médecins interrogés ont tout de même souligné un défaut de sensibilisation quant à l'aspect relationnel et à sa gestion ; cela ayant été vécu comme un manque. J'ai alors remarqué tout au long de ce travail

que les différents interviewés, ont appris à composer au fil des années et de leur expérience pour prendre conscience et apprendre à gérer cet aspect relationnel.

Certains ne souhaitent pas participer à des formations officielles à la relation médecin-patient ou à des groupes type Balint. Mais on remarque que tous les médecins possèdent et développent un espace de partage (famille, amis, confrères...) vis-à-vis de leurs difficultés, notamment et surtout relationnelles. Cela souligne le besoin d'échanger pour se sentir moins seul et moins démuné, mais aussi pour prendre du recul vis-à-vis de sa pratique et pouvoir la faire évoluer. Le fait d'échanger sur ces problématiques, que ce soit en milieu officiel ou privé, reste une solution bénéfique et prisée des médecins.

C'est pourquoi, il me semble indispensable de continuer à développer les propositions faites aux médecins vis-à-vis de ces enjeux. Tout comme le réalisent les psychologues par exemple, la proposition d'une supervision pour les médecins généralistes développant des relations avec leurs patients dans la durée pourrait être une piste.

« *Un entretien comme ça, je pense que ça peut être thérapeutique ...* » [MG 3]

5.4 *Finalemnt, ressentir la juste distance pour établir une juste proximité = un positionnement éclairé*

Ce travail, bien que complexe, a été d'une grande richesse.

La proximité médecin-patient au sein d'une médecine holistique et globale, demande un effort de distanciation pour mieux en mesurer les enjeux et adapter la relation thérapeutique.

Suite à la traversée et compréhension de ce processus de positionnement, peut progressivement se dessiner pour le médecin, cette juste distance qui est alors ressentie, vécue, intégrée et choisie.

La notion de choix y est, en effet, essentielle.

Je propose de définir le juste positionnement, à travers la notion de juste distance (ressentie, vécue, adaptée) afin d'être en mesure d'établir une juste proximité avec le patient, dans ce contexte singulier de médecine générale.

Les objectifs et bénéfices d'un juste positionnement, tel qu'il est défini tout au long de ce travail, s'avèrent multiples :

- Pouvoir optimiser et singulariser sa position en fonction du cadre de la profession et dans le respect des besoins de chaque protagoniste (médecin et patient)
- Permettre l'autonomie, une meilleure gestion de la dimension relationnelle (maintenir une relation médecin-patient équilibrée, saine, durable et thérapeutique), facteur pourvoyeur de bien-être et d'accomplissement professionnel.
- Préserver sa vie personnelle et trouver un équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle

CONCLUSION-

À l'aube de m'installer en médecine générale et après avoir réalisé quelques années de remplacements riches et variés, j'ai vivement ressenti la nécessité de m'interroger sur la question du « juste positionnement » face au patient, en médecine générale. Comment faire dans cet exercice où le versant relationnel est central et les conditions d'exercice et/ou de vie y sont si singulières ? Comment faire malgré le manque de formation ressenti à cet effet ? Comment faire pour que les médecins et futurs médecins puissent se sentir à l'aise, équilibrés et accomplis dans leur pratique et dans cette question du positionnement face au patient ?

L'objectif de ce travail était donc de recueillir les vécus, ressentis et approches mises en place par les médecins généralistes face à cette problématique et de tenter de conceptualiser la gestion de leur positionnement face au patient, dans ce contexte. En effet, au sein d'un climat sociétal mouvementé et de malaise actuel grandissant pour cette profession, ce point constitue un réel questionnement.

En médecine générale, médecine de première instance, de globalité, de suivi et d'accompagnement, la relation médecin-patient évolue généralement dans la durée et ne s'arrête pas aux portes de la consultation (réalisant régulièrement une prise en charge au-delà : visites à domicile, correspondance avec les patients...).

De plus, les soignants, dans leur vie personnelle, n'en perdent pas pour autant leur statut de professionnel de santé, leur « casquette de médecin », cela provoquant régulièrement un sentiment d'envahissement pour ces derniers.

Il n'est donc pas surprenant que l'aspect relationnel en médecine générale prenne à la fois une place prépondérante et constructive dans la pratique, mais aussi grandement complexe.

De manière générale pour les médecins interrogés, cette proximité est de deux natures : l'une plutôt factuelle générée par les conditions d'exercice et d'environnement et, l'autre plutôt

« relationnelle », de l'ordre d'un ressenti singulier pour chacun. Le sentiment développé à ce propos est ambivalent. Tantôt bien vécue, il peut en résulter des conséquences positives sur la prise en charge thérapeutique, clairement améliorée, personnalisée et d'autant plus adaptée ; tantôt, les médecins se retrouvent aux prises d'affects complexes, amplifiés et parfois désagréables rendant le soin quotidien plus difficile et moins objectif.

Tout comme je m'interrogeais initialement, j'ai donc pu confirmer au fil de ce travail, que gérer cet aspect relationnel n'est ni chose innée, ni chose aisée.

Toutefois, face à cette problématique, ce travail a pu mettre en relief un processus qui s'élabore.

Après avoir pris conscience de l'environnement et des conditions relationnelles dans lesquelles ils évoluent, les médecins, pour rester objectifs et efficaces dans cette relation d'aide, d'humain à humain, doivent fournir un effort constant de mise à distance nécessaire pour rester soignants (l'« indispensable distance professionnelle »). Ils n'ont de cesse que de replacer le patient, l'Humain, au centre de leurs préoccupations, tout en restant concentrés sur l'enjeu professionnel initial : leur mission de soignant ; et tenter de l'exercer dans les meilleures conditions possibles, le respect de la formation médicale (biomédicale, éthique et déontologique) et du patient, permettant ainsi un cadre structurant à la relation.

Ils disposent aussi au sein de l'interaction, de différents et non moins essentiels « outils relationnels », mis en pratique, tels que la communication (verbale et non verbale), l'usage des pronoms d'adresse, la gestion de l'espace-distance physique...

Ces différents moments générés dans le présent de la relation émanent aussi d'une dimension conceptuelle, l'intersubjectivité (développée pour la première fois par le philosophe Emmanuel KANT), soit *la rencontre de deux subjectivités*, donnant lieu aux « mouvements » projectifs, transferts et contre-transferts (initialement décrits dans la cure psychanalytique Freudienne), d'autant plus mis en jeux dans des relations d'évolution longue et/ou de proximité.

Pour exemple : particulièrement en début d'exercice, et souvent en cas de difficultés relationnelles, les soignants réalisent une mise à distance (plutôt défensive), pour se préserver et protéger leur vie personnelle.

Les situations rencontrées sont diverses et les problématiques relationnelles souvent dominantes (face aux conflits purement biomédicaux) mais ce rapport à l'altérité permet également une rencontre essentielle avec soi-même. Les potentielles transgressions des médecins vis-à-vis de leur propre cadre et, cette confrontation à ce « Moi-professionnel » (ou personnalité soignante), dont les contours et limites se définissent progressivement (via certains acquis théoriques mais aussi certaines valeurs propres à chacun), entrent sans cesse en résonance avec le « Moi-personnel » (ou personnalité individuelle) construit tout au long d'un vécu (éducation, culture, représentations/ croyances, formations, expériences de vie personnelles et professionnelles...).

Pour pouvoir proposer un cadre structurant et sain à la relation thérapeutique, cette singularité soignante est donc (à identifier et) à investir pleinement.

La conscience et la gestion de ces différents paramètres semblent alors primordiales quand il est question de positionnement éclairé.

Pourtant, les médecins, ayant peu conscience de tous ces mécanismes mis en jeu, appréhendent plutôt instinctivement ces différentes problématiques. Dans un premier temps, les mécanismes de défense sont à l'œuvre. Ils peuvent ensuite évoluer, grâce à une prise de recul, l'ouverture au partage et à l'expérience de l'autre (groupe de pairs, groupes Balint, échanges et partages avec proches...dont les médecins ont besoin) vers une prise de conscience et mise en place de stratégies d'adaptation, beaucoup moins réactionnelles et plus objectives. Les difficultés prennent alors sens et deviennent formatrices, permettant aussi de construire sa singularité soignante et d'ébaucher progressivement ce positionnement individualisé face au patient.

Serait-ce enfin le dessein d'une juste distance au service d'une plus juste proximité ressentie, expérimentée et intégrée par le médecin face au patient ?

Il n'y a pas de règles universelles, ni d'enseignements rigides à tirer de ce travail, mais ces différents témoignages de médecins généralistes laissent à penser, que de nos jours, « un juste

positionnement », pour ainsi dire ici « une juste proximité » au sein de la relation médecin-patient, notamment en médecine générale, est le fruit d'une démarche réflexive, consciente, qui s'apprend et se construit à travers le temps et l'expérience mais peut aussi et grandement prendre appui sur une sensibilisation transmise pendant la formation, un cadre sécurisant.

Pourtant, les médecins déplorent un manque de sensibilisation à ces dimensions. En effet, aujourd'hui, le nombre de « Burn-out » et autres conséquences néfastes en lien avec les difficultés de gestion du versant relationnel est croissant, il semble donc que les sentiments de frustration et démotivation puissent se majorer en ces temps et que l'apprentissage au fil du temps ne soit plus/pas suffisant.

Tel que cela est mis en relief dans ce travail, se positionner face au patient, émane donc de transmissions, d'expériences, de réflexions, de choix construits. On peut reprendre le concept de « proximité bien pensée » (80)(comme le définit H. JOUBLIN) et alors être en mesure de mener une action thérapeutique réfléchie, consciente et maîtrisée, et surtout plus adaptée, volontaire et accomplie. Ainsi, pourrait se dessiner plus aisément un sentiment d'accomplissement professionnel ; soit, un juste équilibre au sein d'une triade, essentielle pour le médecin généraliste, comprenant : le respect du cadre déontologique et éthique de la profession, le développement d'une relation humaine et thérapeutique ajustée, réciproquement saine et confiante, et, la nécessité de rester en accord avec son « Moi-professionnel », relié au « Moi-personnel ».

Bien que les enseignements actuels évoluent et proposent davantage de formations à la relation médecin-patient, il pourrait être grandement bénéfique pour les futurs médecins généralistes, de continuer à développer cette ouverture et ses spécificités (au même titre que l'apprentissage biomédical), mais aussi de pouvoir initier une démarche réflexive quant à la notion de « juste positionnement » (ici, éclairé, individualisé, choisi), voire de proposer un accompagnement progressif des médecins, vis-à-vis de ce processus qui se construit dans le temps.

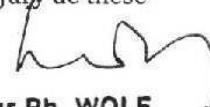
Ainsi, face à une manière d'exercer en pleine mutation, on pourrait imaginer que de tels sensibilisation et accompagnement pourraient constituer à terme, un facteur protecteur contre le « burn-out » touchant actuellement la profession.

Je sors enrichie de ce travail qui m'aura précisément permis de confirmer l'importance d'une prise de conscience et de ses enjeux, sur la question du « juste positionnement » du médecin généraliste face au patient, notamment dans les conditions singulières de proximité humaine, propres à la médecine générale.

VU

Strasbourg, le 4/10/2019

Le président de Jury de thèse



Professeur Ph. WOLF

Coordonateur des Activités de Transplantation
 HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG
 Hôpital Civil - Direction Générale
 67091 STRASBOURG Cedex


VU et approuvé

Strasbourg, le 08 OCT. 2019

Le Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg



Professeur Jean SIBILIA



-ANNEXES-

ANNEXE I : Schéma de la proxémie (E. HALL)

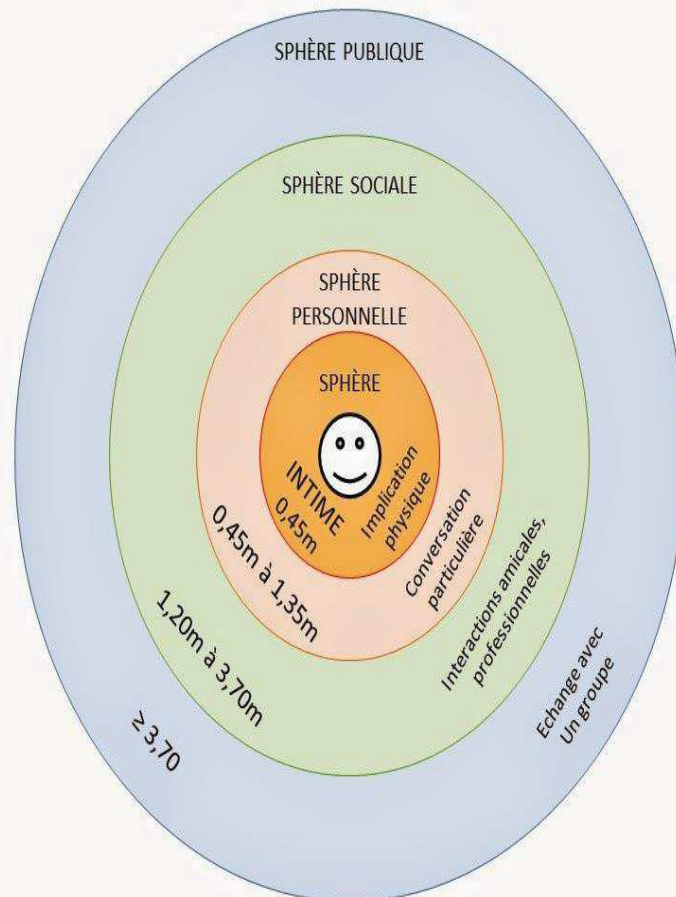
Proxémie (étude des distances sociales) de Edward T. Hall

La distance va être différente selon l'image que l'on se fait de l'autre. Différentes expériences ont notamment montré que l'on se place plus loin d'une personne atteinte de handicap.

Aussi, se place-t-on plus loin d'une personne si l'on est préalablement avertie qu'elle est plutôt froide et inamicale comparativement à une personne que l'on nous a préalablement décrite comme chaleureuse et amicale.

Les distances d'interaction varient également selon les statuts de l'interlocuteur. En effet, on se place plus loin d'un supérieur ou inférieur hiérarchique que d'un pair. Ainsi, il existe une relation entre la distance sociale et la distance spatiale.

Pour finir, on se place différemment selon la tâche à accomplir.

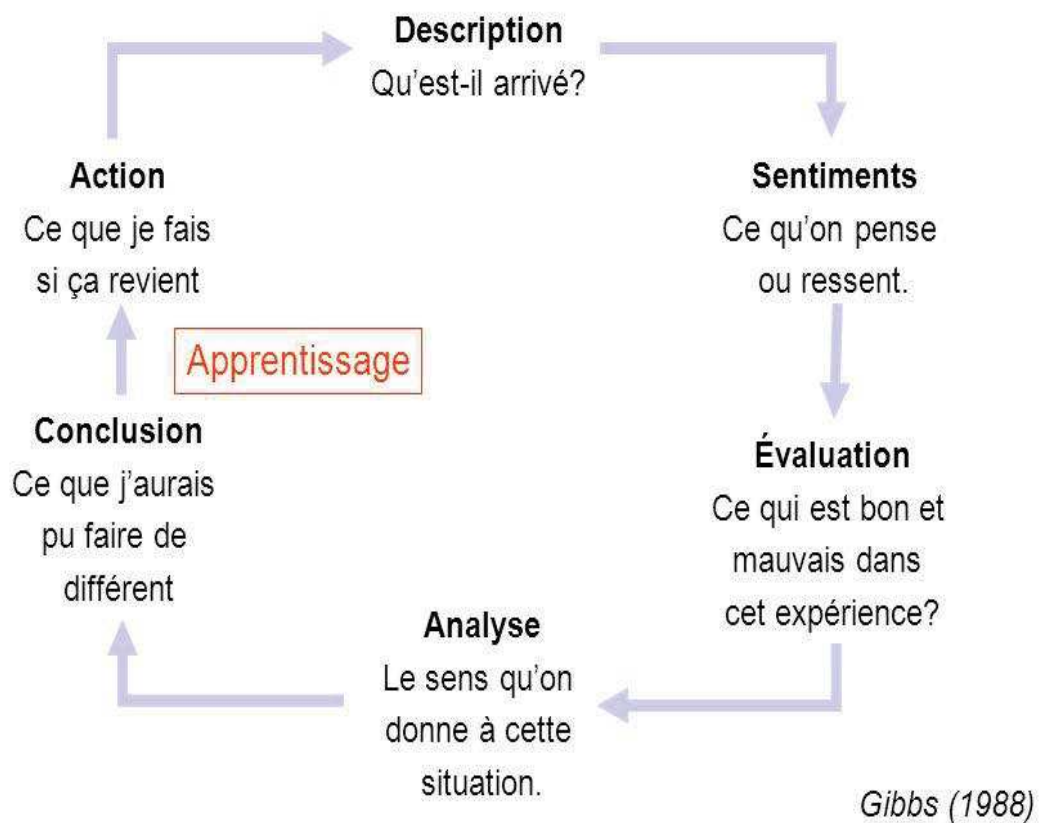


ANNEXE II : Marguerite des compétences du médecin généraliste



ANNEXE III : *Le cycle réflexif*

LE CYCLE RÉFLEXIF



ANNEXE IV: *Guide d'entretien* (version finale)

Bonjour, je suis interne en médecine générale et je réalise ma thèse de doctorat sur le thème de la relation Médecin-Patient.

Je m'intéresse à son évolution ainsi qu'à la gestion du « juste positionnement » du médecin face à ses patients (adultes), au fil du temps, dans les conditions d'exercice et de vie propres à la médecine générale.

À travers le ressenti et vécu des médecins généralistes, interlocuteurs privilégiés et de 1ère ligne, je cherche à évaluer les conditions et enjeux de l'évolution dans la durée, de ce « juste positionnement » dans la relation médecin-patient, particulière en médecine générale.

Mon étude porte sur les médecins généralistes en Alsace, raison pour laquelle (et/ou ainsi que sur les conseils d'un confrère) je vous ai contacté pour aborder ce sujet.

Les données sont recueillies sous forme d'enregistrement, anonymisé et détruit après transcription et analyse.

(Proposition d'envoi de la retranscription du verbatim à chaque interviewé)

QUESTIONNAIRE POUR DEFINIR L'ÉCHANTILLON :

Présentation des situations personnelle et professionnelle

- Personnelle

- Genre + Age
- Vie de famille ?
- Pratique de sports/loisirs/activités ?
- Lieu de vie proche ou éloigné du lieu d'exercice professionnel ?

- Professionnelle

- Lieu d'installation ? (Urbain / semi-rural / rural)
- Temps d'installation ? (< ou > 5 ans)
- Mode d'exercice ? (Seul ou en association ?)

CANEVAS FINAL DES ENTRETIENS SEMI-DIRIGÉS :

(En gras, les questions principales – puis les relances, si nécessaire)

1) J'aimerais tout d'abord discuter de la relation médecin patient avec vous : Comment l'envisagez-vous et sur quoi est-elle principalement basée pour vous ?

(Ecoute ? confiance ? empathie ? respect ? sympathie ? communication ? autre ? ...)

- Adoptez-vous un **positionnement** particulier : plutôt informatif ? paternaliste ? autre ?)

2) Pour vous, dans la relation médecin-patient en médecine générale, est-il important de maintenir une distance entre patient et médecin quoiqu'il arrive ou la distance s'adapte-t-elle à la situation ? (Pourquoi ?) Avez-vous du fixer des limites/un cadre avec les patients ?

- Cela s'est-il imposé spontanément ou avec le temps ? Pourquoi ?

(Si oui, De quoi dépendent ces limites ? Des patients ? de votre état d'esprit personnel/ personnalité ? autre ?)

- A vos yeux, la distance physique avec le patient (et l'organisation spatiale du bureau) influe-t-elle sur la distance symbolique, « relationnelle » ? Vous en servez-vous ?

(Question du port de la blouse ?)

3) Que pensez-vous du tutoiement dans la relation de soins ? Tutoyez-vous certains de vos patients chroniques ?

- Si oui, pourquoi ? (Habitue ? relation de Confiance ? Sympathie ? autre ? ...) Que cela **représente**-il pour vous ?
- Continuez-vous de tutoyer à l'âge adulte des patients que vous avez suivi durant leur enfance/adolescence ? Pourquoi ?
- A vos yeux, le **vouvoement** marque-t-il une forme de **distance** ? peut-on se sentir proche malgré le vouvoement ?

4) Est-il possible pour vos patients de vous joindre en dehors du numéro du cabinet médical ?

De quelle manière : via numéro de portable ? (Professionnel/privé ? - Appels/SMS ?), via mail ? réseaux sociaux, autre ?

- Transmettez-vous ces moyens de communication à **tout patient** ? Cela arrive-t-il **souvent** par ces moyens ?
 - ⇒ Est-ce quelque chose que vous avez initié dès le début de votre pratique ou que vous avez mis en place avec le temps ?
 - ⇒ Avez-vous déjà pu vous **sentir oppressé** (par la multiplication des moyens de communication) ?
- Et via les **réseaux sociaux** ? comment vous-positionnez-vous ? Certains patients ont-ils déjà fait appel à vous par ce biais ? Comment réagissez-vous ?

5) Vous arrive-il de rencontrer certains de vos patients en dehors de l'exercice médical ?

Comment ? (Volontairement/involontairement ?)

- Dans quelle(s) **circonstance(s)** : vie quotidienne ? Loisirs ? autres ? ...
- Quel est **votre sentiment** ? (Ressenti ?) vos réactions habituellement ? cela peut-il vous gêner ? Cela peut-il **influencer** sur votre **prise en charge** médicale ?
- Vous m'avez dit habiter proche/loin du lieu d'exercice professionnel, est-ce **un choix** ? Pourquoi ?

6) Vous sentez-vous plus investi(e) ou plus proche de certains patients ? De quelle manière : en termes de temps, d'attention, de communication, de partage « hors médical », autre... ?

- Comment l'expliquez-vous ?
- Votre ressenti émotionnel peut-il jouer un rôle (influence sur la prise en charge médicale...) dans ce cas ? (En avez-vous conscience ?)
- Est-ce qu'au contraire, il y a certains patients avec lesquels vous faites attention à ne pas rentrer dans trop de proximité ?

7) Selon votre propre expérience, en quoi le fait de bien connaître et/ou devenir proche d'un patient impacte-t-il la relation de soins ?

- Plus de **difficultés** ou Plus de **facilités** ? Pourquoi ?
- Le fait de **bien connaître** certains de vos patients (habitudes, environnement, entourage ...) permet-il ou non **d'améliorer la relation de soins** pour vous ? En quel sens ? Vous sentez-vous plus proche des patients que vous connaissez bien ?
- Êtes-vous (plus) sollicité(e) pour des **actes de convenance/complaisance** par des patients proches ou que vous connaissez bien ? Vous arrive-t-il de céder lorsque vous connaissez bien le patient ? Est-ce plus difficile dans ce cas ?

8) Avez-vous déjà éprouvé des difficultés à vous positionner avec certains patients ? et avec ceux que vous connaissiez bien ou qui vous sont devenus proches ?

- Par exemple, pouvez-vous me raconter l'**expérience personnelle** d'une **consultation** qui vous aurait **déstabilisé(e)** (mal à l'aise) avec un(e) patient(e) / que vous connaissiez bien ?
 - ⇒ Quel a été le **comportement** du patient ? (Demande inappropriée ? Signes d'attachement ? recherche d'amitié ? de séduction ? de paternalisme ? de confrontation ? autre ? ...)
 - ⇒ Quelle a été **votre réaction/ressenti** ? : L'avez-vous **verbalisé, témoigné** face au patient ?
- Avec le recul, pensez-vous avoir fait antérieurement, une « **erreur de comportement** » (plus familier ? moins distant ? plus convenant ? ...) avec ce(tte) patient(e), pour qu'il/elle réagisse ainsi ? Pensez-vous que le fait d'être devenu proche de ce patient ait pu engendrer cette réaction ?
- Avec le temps, avez-vous déjà **dû changer de comportement** face à des difficultés avec un patient ? Réadapter « la distance », le cadre ? Comment ? (Remise à distance ? orientation confrère ? autre ?)
- Comment vous-positionnez-vous (à l'aise/mal à l'aise ?) lors de **situations particulières**, telles que les **remerciements spéciaux**, les **cadeaux**, les **invitations ou autres**, de la part des patients ? Pourquoi ?
- Dans le cas des **visites à domicile**, l'aspect relationnel est-il plus difficile à gérer ou facilité ? Pourquoi ? Comment-vous sentez-vous ? Pensez-vous que cela puisse **favoriser les liens de proximité** entre médecin et patients ?

9) En tant que médecin généraliste, amené(e) à suivre des patients sur le long terme, pensez-vous que la relation, les liens de proximité créés avec certains patients sont plus, ou moins faciles à gérer, au fil du temps ?

- Pourquoi : Selon l'expérience ? la personnalité du médecin ? l'évolution des patients, de leurs attentes ? ... ?
- Avez-vous mis en place des **habitudes ou règles** particulières **avec le temps** ?
- Quels sont, selon vous, les **risques d'une perte de distance** entre médecin et patient, au fil du temps ?
- Comment **faites-vous face** lorsque c'est plus difficile ?
(Finalement, préférez-vous entrer dans une perte ou un excès de distance ?)

10) Parlez-vous ou avez-vous pu ressentir le besoin de parler des problèmes que vous avez pu rencontrer à ce niveau avec des patients ? ou au contraire, est-ce difficile à aborder ?

Pourquoi ?

- Si oui, à **qui** : Sphère personnelle ? confrères/collègues ? groupes de parole/Balint ? autre ?
- Ressentez-vous le besoin de vous **informer** sur cet aspect ? (Lecture de revues/articles ? participation à des formations ? autres ?)
(Vous paraît-il important d'essayer être formé durant les études à ce niveau ?)
- Avez-vous déjà pu vous sentir **submergé(e)** par ce genre de problématiques **dans votre pratique médicale** ? comment le gérez-vous ?

11) Finalement, quelle est VOTRE PROPRE définition de la juste proximité dans la relation médecin-patient ? Comment conserver une proximité THERAPEUTIQUE ?

- Quels seraient vos conseils pour les jeunes médecins ?
- Avez-vous des choses à ajouter ?

MERCI

ANNEXE V : Mail d'invitation à l'enquête

Bonjour Docteur (...),

Je me permets aujourd'hui de vous contacter concernant mon travail de thèse (sur les conseils du Dr ...)

Je réalise ma thèse sur le thème de la relation Médecin-Patient et m'intéresse à son évolution naturelle ainsi qu'à la gestion du « juste positionnement » du médecin face à ses patients (à l'âge adulte), au fil du temps.

A travers le ressenti et vécu des médecins généralistes, je cherche à évaluer les conditions et enjeux de l'évolution dans la durée, de ce « juste positionnement » dans la relation médecin-patient.

Il serait donc intéressant pour moi et enrichissant dans le cadre de mon travail de pouvoir vous interroger.

Cela se passe sous forme d'entretien oral enregistré et totalement anonymisé (les données étant détruites après analyse) et dure en moyenne 30 à 45 minutes (variable selon les personnes).

Qu'en pensez-vous ? Seriez-vous susceptible d'être intéressé(e) par mon travail afin que nous puissions organiser un entretien ?

Si tel est le cas, je serai ravie de me déplacer au moment qui vous conviendra le mieux, selon vos disponibilités.

Merci d'avance pour votre retour.

Cordialement,

Coralie BOURDOUIL

ANNEXE VI : Les entretiens

ENTRETIEN N°1 (exploratoire) – 19/04/2016	Après une journée de consultation
22 minutes	Au cabinet de l'interviewé

Tout d'abord, j'aimerais discuter un peu avec vous de la relation médecin-patient, comment l'envisagez-vous ? Sur quoi est-elle principalement basée à vos yeux ?

Alors pour moi c'est une relation de deux êtres, je crois c'est une espèce de symbiose mutuelle, je n'ai pas un côté paternaliste sur les gens. Ils viennent déjà, enfin pour moi il y a deux parties, d'une part la partie pathologie pour laquelle il y a souvent le motif principal et il y a des motifs souvent annexes, très nombreux souvent ; et puis après il y a toute la part d'échanges que peuvent avoir deux personnes sur leur vie courante. Bon dans certaines circonstances, on peut être amené parfois à avoir des attitudes différentes, mais d'une façon générale c'est une relation, je coiffe pas le patient, on est à égalité, on partage. Parfois, certaines personnes qui ont besoin d'un fort soutien et on sent qu'ils ont besoin d'être un petit peu portés, le genre de cas où il pourrait y avoir un côté un petit peu plus dirigiste.

Selon vous, qu'est-ce qui peut s'améliorer ou se détériorer avec le temps dans la relation médecin-patient ? Y'a-t-il à vos yeux des facteurs pouvant compliquer ou faciliter les échanges ?

Ce qui pourrait être un peu compliqué c'est la routine, ce qui pourrait ne pas être favorable c'est de rentrer dans une espèce de routine avec un patient. Je crois qu'il faut toujours un peu innover, il faut toujours qu'il y ait quelque chose de nouveau, comme dans un couple ; donc maintenir fortement un dialogue, et il ne faut pas que l'un dialogue plus que l'autre, il faut vraiment qu'il y ait un partage, sinon effectivement y'a une lassitude qui pourrait se faire et à ce moment-là alors ça pourrait arriver à une rupture comme dans un couple, c'est à peu près le même mode de vie quoi. Donc la communication est fondamentale et l'écoute mutuelle.

Pensez-vous qu'il y ait une distance à maintenir entre médecin et patient quoi qu'il arrive ou la distance s'adapte-t-elle à la situation ?

Je suis enregistré, il ne faut pas que je dise de bêtises ... (rires) Oui, y'a forcément une certaine distance, on respecte quand même la distance d'intimité, je pense que c'est important, après on rentrerait dans des risques de situations de trop de proximité et tout ce que cela pourrait comporter ; il y a donc à mon sens une certaine distance à respecter. On dit, entre chaque individu il y a un niveau de distance et la distance intime il faut la respecter ; et même l'approche il faut toujours l'obtenir avec l'accord de son patient.

Et justement y'a-t-il certains patients de qui vous vous sentez plus proche ou plus investi ?

Alors bon, c'est comme toute relation humaine, il y a des personnes avec qui on a développé, ce qu'on peut appeler, des atomes crochus pour diverses raisons ; parce qu'on a des modes de vie extérieure, personnelle ou familiale qui se rapprochent ou des choses comme ça, donc il peut y avoir des partages qui sont un peu plus conséquents. Par exemple, il y a des patients qui sont devenus des amis ou des amis qui sont devenus des patients, donc là on peut avoir effectivement des relations autres que professionnelles.

Le fait que certains patients aient pu devenir des amis, est-ce que ça impacte pour vous la relation de soins ; est-ce que ça la rend plus difficile ? plus facile ?

Je réfléchis parce que je me demande si y'a des cas où, mais non vraiment, même en ayant des patients proches en tant qu'amis, je n'ai jamais eu de problème au niveau de la relation. A partir du moment où on rentre dans le cadre du bureau, y'a comme une espèce de ...là on respecte de nouveau, encore une fois la part intime de la personne, on a vraiment une relation professionnelle. Le bureau apporte un cadre quand même. Quand les choses sont posées depuis le début, ça ne pose jamais de problème, ça ne m'a jamais dérangé.

Pensez-vous que votre ressenti émotionnel est important lors d'une consultation et y accordez-vous de l'importance ?

Oui mais bon en général, ce que moi je ressens au moment de la consultation, je ne le fais pas forcément ressentir au patient, en respectant la propre émotion de la personne elle-même. J'ai plutôt tendance à le garder pour moi, mais si quelque chose aurait dû mal à passer je le dis clairement, je vais pas le garder, non ça va être clair. D'ailleurs, ça m'est même déjà arrivé de dire, parce qu'un patient je le sentais pas ou y'avait pas ... ben lui dire que c'était pas forcément chez moi qu'il fallait continuer, mais c'est toujours très clair.

Pour vous, la proximité créée avec certains patients représente plutôt un outil, une aide pour la prise en charge médicale ou au contraire un danger ?

Ça peut rendre la prise en charge médicale pure peut-être plus...est-ce que ça la rend plus compliquée ? oh non, à partir du moment où c'est clair, je trouve que c'est toujours le dialogue qui est le point le plus important, c'est-à-dire qu'il faut rester soi-même et dire les choses comme elles sont. Au contraire, la proximité peut faire qu'on est plus proches, en plus de la prise en charge médicale, il y a sûrement une prise en charge personnelle plus adaptée. Mais c'est sûr que c'est pas évident, c'est sûr que quelqu'un qui est proche on n'a pas beaucoup envie de lui annoncer une mauvaise nouvelle mais ça c'est pour tout le monde. Après bon, c'est vrai que la prise en charge, c'est pas toujours très facile facile quand c'est quelqu'un de très proche, c'est valable avec les membres de la famille. Moi, j'ai des personnes que j'ai dû suivre de très très près et c'est vrai que c'est pas toujours simple, surtout quand il y a des relations extérieures entre la personne et soi-même qui s'imposent par la force des choses, là ça peut devenir compliqué ; d'une part avec la famille ou même avec d'autres professionnels de santé, ça peut rendre les choses un peu plus délicates. Moi j'ai souvent remarqué la chose suivante, disons que des patients avec qui on a passé des moments extérieurs, on a pu passer des moments très communs ; limite à l'extérieur ils vont pour certains m'appeler par le prénom, à partir du moment où ils passent dans le cabinet ils vont m'appeler docteur, ça dénote un peu la chose. D'ailleurs j'en ai plusieurs à l'extérieur, c'est presque du copinage, à partir du moment où on arrive dans le cabinet ça devient pro, c'est très scindé.

Ce n'a jamais engendré de stress pour vous ?

Non.

Avez-vous déjà participé à des formations à ce propos, sur la relation médecin-patient, ou des groupes de pairs ?

Vraiment orientés sur l'aspect relationnel, non. Je me suis entièrement formé au fil de la carrière.

Pensez-vous que le temps facilite à gérer ces problématiques ?

Ah oui, oui, oui. Au fil du temps, des années on acquiert quand même de l'aisance, c'est plus facile. Ben parce que déjà on connaît beaucoup plus de monde, y'a un relationnel qui s'établit plus intuitivement, par l'expérience.

Des patients ont-ils déjà fait appel à vous par le biais de réseaux sociaux ?

J'utilise pas les réseaux sociaux (rires) pour éviter ce genre de choses. Par contre par mail c'est fréquent, mais les réseaux je n'y vais pas volontairement. D'abord parce qu'on se noie dans le temps, je pense qu'il faut aussi dominer son timing sinon on se perd dans des tas de choses, et pis après je me méfie un peu des réseaux sociaux parce qu'on sait pas toujours où ça file. Bon y'a des patients où j'ai des relations d'amis oui mais pas de façon poussée à l'extrême, y'a toujours eu d'un côté comme de l'autre, je vais pas dire une distance mais un respect et je pense que c'est une bonne chose, de ne pas rentrer trop dans le trop proche. Chacun doit respecter l'intime de l'autre.

La question principale aborde : en quoi les liens de proximité créés entre médecin et patients impactent-ils la relation de soins ? Quels en sont les bénéfices / risques ? Comment appréhende-t-on cette problématique en tant que médecin généraliste ?

Je pense qu'au niveau des soins, que ce soit quelqu'un de proche ou quelqu'un que l'on voit plus occasionnellement ; je pense que médicalement je réagis à peu près de la même façon.

Je pense qu'il faut toujours dire les choses, après c'est une histoire de nuances. Il y a des choses que chez certains on va dire de façon plus ferme, un peu dirigiste, d'autres au contraire où on va être plus ouvert où on va laisser un peu à la personne découvrir ce qu'elle devrait faire en lui suggérant certaines choses et la laisser faire. Après la relation n'est jamais unique, elle est variée d'une personne à l'autre donc on peut pas donner de ligne de conduite précise ; c'est ça qui est charmant d'ailleurs, c'est cette énorme variété d'échanges. Je dis aussi que c'est cette énorme variété d'échanges qui fait que c'est un métier qu'il est difficile d'arrêter et que la retraite fait peur dans le sens où nous aussi en tant que médecins on a besoin autant de nos patients qu'eux ont besoin de nous presque. C'est extraordinaire, un relationnel qui s'établit au fil du temps, évidemment plus avec les uns qu'avec les autres, y'a toujours un feeling et c'est ça qui est beau et c'est vrai qu'on n'a pas envie d'arrêter à cause de ça. Après y'a des choses chouettes et d'autres très dures.

Pensez-vous que le fait d'être devenu proche de certains patients au fil du temps ait pu empiéter sur votre vie personnelle au fur et à mesure ?

Non. J'ai été affecté par des situations difficiles ? On n'est jamais insensible à des gros problèmes qui peuvent mener à une issue qui n'est pas heureuse pour les patients, ça c'est clair. Inversement, les choses très belles nous touchent aussi. Et du coup, tout ce qui peut nous toucher crée aussi certains liens. Je dis pas que ponctuellement il n'y ait pas eu des événements qui n'étaient pas plus difficiles que d'autres, y'a certainement des passages qui n'ont pas toujours été compris de la même façon par un patient, ça c'est possible. On a vu certains patients partir, on sait pas toujours pourquoi, y'a certainement une raison derrière, quelque chose qui est peut-être pas ... ou alors parce qu'il y a eu un événement difficile, les patients veulent abandonner tout ce qui a pu entourer ce qui était difficile et passer à une autre forme de vie. Alors bon en sortant du cabinet des fois ... Bon c'est vrai que moi j'ai la chance d'avoir une épouse qui est médecin, donc sans nommer on peut parler de cas. C'est de l'échange, j'ai la chance de pouvoir l'avoir et d'avoir des fois un avis, des trucs comme ça. Donc on peut aussi parler si

on a quelque chose d'un peu lourd parce que y'a des situations qui sont pas faciles. Ça m'est aussi déjà arrivé d'en parler avec des collègues...C'est une forme de formation par la relation, c'est entre nous. Bon on a déjà eu des groupes de travail mais maintenant on en parle plus spontanément, sur le vif ; je crois que c'est une belle chose ça. Je le fais même parfois avec des confrères hospitaliers, ça c'est bien.

Au niveau relationnel, je sais pas ... j'ai un confrère qui disait « on a les patients que l'on mérite », j'entends par là que c'est vrai qu'on a une clientèle qui au fil du temps s'adapte, on n'a peut-être pas tout le long les mêmes patients. Moi, le patient qui est X fois demandeur, il reste pas, mais parce que je suis aussi d'un tempérament où moi j'ai besoin d'avoir un résultat... Alors ça c'est aussi peut-être un problème à moi...Le patient qui à tout bout de champs vient avec un problème, moi c'est plutôt dans le sens il faut qu'il guérisse. Alors, ce qui fait que des patients à problématiques un peu, je dirais, psycho-psychiatriques, ben j'en vois moins. Donc les patients ont tendance à changer de médecin mais je ne les empêche pas de changer. Ça c'est pour dire que peut-être, enfin en médecine générale, peut-être des patients qu'on verra plus facilement que d'autres, enfin des types de patients que d'autres...Si vous voyez ce que je veux dire. La patientèle s'adapte plutôt et ça j'en suis assez convaincu et on est tous différents, c'est ça qui est bien, les gens trouvent finalement la médecine qui leur convient même à travers des gens qui pratiqueraient théoriquement le même type de médecine. Vous me direz une angine blanche va se traiter de la même façon par tous les médecins mais certains préféreront aller se la faire prescrire chez tel autre parce qu'il y a en plus quelque chose qui passe.

Habitant dans le village où vous exercez, est-ce que le fait de croiser vos patients régulièrement est une chose qui vous pèse, que vous essayez d'éviter ?

Ah non pas du tout, ça me pose pas de soucis. Alors c'est vrai que moi j'ai une patientèle avec qui on aime bien passer du temps, donc ce qui fait qu'il y a toujours une relation plus...pratiquement avec l'ensemble de mes patients, ça dure jamais cinq minutes, au contraire ça dure trop longtemps pour certains. Alors c'est toujours pareil, ils râlent toujours parce qu'ils ont longtemps à attendre en salle d'attente mais ils râlent jamais quand ils sont dans parce que ça dure longtemps ; j'ai jamais compris mais c'est comme ça. Alors j'établis toujours une relation avec mes patients d'homme à homme, ce qui fait que l'on passe pas mal de temps ensemble, en plus du temps spécifiquement médical. Par exemple, j'ai beaucoup de patients restaurateurs, je peux pas aller chez tout le monde en même temps mais on essaye quand même de tourner. Une fois qu'on est chez lui en tant que restaurateur, la relation va être un peu différente, c'est lui qui me reçoit et puis on va parler d'un tas de choses, ça me dérange pas de le revoir quelques jours après mais en tant que patient. Et je laisse toujours aux patients, une très grande liberté de choix ...Y'a des fois des patients qui partent, mais y'en a parfois qui reviennent et je pense qu'il faut leur laisser le choix. Je cherche parfois à comprendre mais y'a des fois où ça n'a rien à voir avec la médecine, rien à voir avec la relation médicale, c'est propre à eux même.

ENTRETIEN N°2 – 06/06/2016	Après une journée de consultation
60 minutes	Au cabinet de l'interviewé

Alors pour entrer un petit peu dans le vif du sujet, je voulais tout d'abord discuter avec vous de la relation médecin-patient de manière globale, savoir comment vous l'envisagez ? Et sur quoi, pour vous, est-elle principalement basée ?

Alors...euh...De façon globale, on va dire que moi je me considère comme un technicien de santé...euh, j'ai eu la chance de pouvoir faire des études et j'ai donc acquis un certain savoir, et mon rôle à moi c'est de le partager. C'est...c'est comme ça que je conçois mon travail. Euh donc euuuh... ça vient peut-être aussi du fait que j'ai... je pense avoir le goût de la pédagogie, donc euh je sais que pendant mes consultations, j'explique beaucoup, je...enfin j'essaie vraiment de me mettre à la portée des gens. Avec les internes que je reçois, j'insiste lourdement sur le fait qu'on peut dire toute la médecine en langage...en Français, compréhensible par tout le monde et donc, moi je suis intimement convaincu que...ma, enfin que ce qui est le plus efficace dans notre travail de soignants c'est la qualité de la communication qu'on a avec les gens. Et euh... Autrement, c'est pas la peine, et je pense que, enfin j'espère que (en haussant le ton) l'essentiel des progrès que j'ai fait au cours de ma carrière, c'est ça, améliorer la communication que je peux avoir avec les gens (appuie sur le pousoir d'un stylo à plusieurs reprises).

D'accord, donc c'est quelque chose de qui est très important pour vous ... (coupée)

Ah, pour moi, c'est la base hein. Un médecin qui communique pas, c'est pas...il est pas, il est pas thérapeutique...C'est...C'est ce qu'on entend souvent, par exemple, on a certains spécialistes qui consultent ici qui sont des bons spécialistes mais les gens les ont en horreur parce que

c'est des... les spécialistes qui communiquent pas (se met à parler plus vite) ils disent rien, ils sont secs, ils répondent pas aux questions, etc ... Et euh...Moi je sais que par exemple, pour moi-même, quand je suis amené à consulter un médecin, ce qui m'arrive heureusement exceptionnellement mais euh, ben on commence à transpirer, on tremble, on se dit « est-ce que ça va être bien, enfin on est tout de suite inquiet quoi » et donc euh...je pense que c'est quelque chose que l'on doit tenir compte en permanence, c'est que les gens viennent ici avec un problème de santé, si...alors je parle pas forcément de la pathologie chronique qui va bien mais de la pathologie enfin, où les gens s'inquiètent, ils se posent des questions, ils se sont fait des films, ils sont allés sur internet, ils ont cru comprendre des choses et voilà, ils viennent avec tout ça, avec leurs inquiétudes et donc il faut savoir tenir compte de tout ça de façon à ce que, au bout de la consultation, on soit en quelques sorte, moi je pense qu'une consultation ça consiste aussi à trouver un terrain d'entente, c'est-à-dire qu'il faut que les gens aient à peu près compris ce que je pense de mon point de vue de médecin de leur état de santé et qu'ils soient si possible d'accord avec les propositions que je leur fais. Donc euh... Ouais, moi je pense qu'il faut... Et c'est la place spéciale du médecin généraliste en médecine générale, c'est que le patient, alors l'image que je donne toujours c'est que euh...je sais pas si elle est juste, c'est que, le patient à l'hôpital c'est le poisson rouge sorti de son bocal...Il est là en train de se débattre et puis surtout il faut qu'il dise rien, qu'il subisse tout ce qu'on va lui proposer alors que ici en médecine générale, le patient, le poisson, il est dans son bocal et il a des choses à dire et il a à...à accepter, à ne pas comprendre à refuser, et à ne pas vouloir, à retarder, etc. Donc euh, et je trouve aussi que ça, ça fait partie entre guillemets du charme de la médecine générale, c'est de savoir jouer avec ça, enfin pas jouer, mais tenir compte de tout ça. Pour que finalement, au bout d'un certain temps, on trouve le terrain d'entente qui puisse convenir au patient et qui puisse me convenir à moi en tant que technicien de la médecine.

Donc si je comprends bien, c'est vraiment la communication et l'adaptation au patient qui priment ... (coupée)

A mon avis, je pense que là où je fais bien mon travail, là où je suis à la limite, presque content, fier, c'est quand on a en face de soi quelqu'un qui a des moyens extrêmement limités, je pense par exemple à l'analphabète et pourtant, arriver à le faire progresser et à lui faire comprendre des choses et qu'il puisse s'en sortir et trouver des solutions pour que ... c'est très compliqué pour un analphabète de comprendre les indications, il va avoir des boîtes de médicaments, il sait pas trop, enfin c'est...Voilà.

L'accompagner finalement ?

Oui, c'est ça.

Ensuite, j'aurais voulu vous demander : pour vous, dans la relation médecin-patient, est-il important de maintenir une distance quoiqu'il arrive ou la distance s'adapte-t-elle à la situation ? Avez-vous déjà dû fixer certaines limites, un cadre ou cela s'est-il imposé spontanément ?

Alors dans le sens négatif, je crois que j'ai mis à la porte 2 patients, parce que y'a eu des noms d'oiseaux etc...Bon, donc ça c'est pas possible.

C'étaient des patients que vous connaissiez bien ?

Oui, oui, où ça s'est mal passé parce qu'il se trouve qu'on suit ici un peu des toxicomanes donc de temps en temps, ils ont des exigences qu'on peut pas suivre et puis euh ... je me suis déjà fait traiter de « connard », etc, donc il est évident que de façon immédiate on met fin à la relation et que on leur explique qu'il n'est plus question qu'ils mettent les pieds ici et que... voilà (hoche la tête). Et toujours dans le sens négatif, il y a une patiente à laquelle, tiens je me demande si je n'ai pas la lettre, ça fait longtemps que je ne la soigne plus, mais c'est quelqu'un à qui j'ai fait un courrier lui expliquant que je ne voulais plus être son médecin traitant. Ça vous intéresse ?

Oui. Et c'étaient des patients que vous suiviez depuis un moment, que vous connaissiez bien ?

Ah oui, oui !

Et euh, vous avez eu l'impression que les exigences se modifiaient avec le temps chez ces personnes avec qui ça s'est pas forcément très bien passé ? (Bruit de fond : aspirateur ?)

Ben, vous voulez que j'aile plus à fond dans l'exemple concret ?

Oui, j'aimerais savoir, à travers certains exemples, si dans le temps il y a eu une modification du comportement des patients ?

Donc, elle existe toujours cette dame, elle a 90 ans, donc c'est une lettre qui date de 2008, je vous la donne.

Merci.

Donc, euh..., une femme assez particulière, euh, sourde et logorrhéique... avec des gros problèmes de santé, des douleurs vertébrales, enfin, une arthrose très très très évoluée qui nécessitait des soins mais qui avait des idées très précises sur ce qu'il fallait faire et pas faire. Et euh, qui était extrêmement envahissante, elle m'appelait tous les matins au téléphone, tous les matins, je posais le combiné du téléphone sur le, le bureau (mime l'action avec son portable), je faisais une consultation et vingt minutes plus tard elle était toujours en train de parler au téléphone. Donc c'est vraiment quelque chose de très particulier avec des exigences très particulières, des moments où elle était franchement

désagréable, où elle mettait mes compétences en doute etc, et vous verrez un peu le sens de la lettre ; à la limite si vous voulez la produire dans votre thèse vous pouvez le faire, il suffira ... hein...

Donc ça c'est une rupture de la relation médecin, enfin patient-médecin et à mon initiative. (Silence)

Mais ça été exceptionnel, ça vraiment été exceptionnel. Il m'est déjà arrivé de dire à des gens sur un ton plus amical, « j'ai l'impression que vous me faites plus confiance, donc il faut changer de médecin », ça je leur ai déjà dit et c'est vrai que si le patient n'a pas confiance avec son médecin, c'est pas possible. Et si de façon systématique, les choses sont mises en doute c'est très compliqué. Alors, y'a des patients intermédiaires qui sont des patients qu'on va dire, euh... pénibles...alors on va parler des enseignants, « Tchic » on referme la parenthèse (mime le geste) mais y'en a d'autres qui effectivement ont des idées préconçues sur ce qui est bien pour eux, sur les traitements qu'ils peuvent prendre, les alternatives possibles, euh, les médicaments qui sont dangereux, alors ça c'est un petit peu le problème de la lecture internet ou euh...euh...tous les différents trucs qu'il y a eu ces derniers temps à propos des statines etc, donc les gens se font des opinions et euh, (en soupirant) c'est extrêmement compliqué, par exemple j'ai un patient avec lequel je pense, j'ai dû parler, pendant dix heures depuis que je le connais du traitement de son cholestérol, c'est un patient qui a une insuffisance rénale d'origine organique et il serait très important pour lui de bien contrôler son cholestérol mais il veut pas à cause des statines, à cause de machin, à cause de truc...la levure de riz rouge...enfin bon, donc ça c'est des patients qui sont extrêmement compliqués et qui de notre part, nécessitent de la patience ! Mais je sais pas si je suis dans le sujet ...

Oui, quand même...

Car quand vous dites la distance qu'il faut mettre entre le patient et le médecin, c'est quoi, euh...est ce que c'est qu'il faut prendre du recul ? resté relativement neutre ? ou au contraire, on peut se rapprocher de lui, sympathiser, etc ...c'est ça ?

Alors, j'aurai aimé savoir si un jour vous aviez déjà éprouvé des difficultés à vous positionner avec un ou des patients que vous connaissiez bien (devant insister pour terminer ma phrase) **et qui avaient pu devenir proches dans le temps mais qui initialement ne l'étaient pas ?**

Alors je précise bien je ne parle pas de la famille, des amis ; des patients suivis qui ... (coupée)

Des patients qui soient devenus des amis, pour moi, il n'y en a aucun.

Aucun ?

Aucun. C'est certain.

C'est quelque chose que vous vous fixez ?

Je pense que c'est que, la façon dont je fonctionne, aucun euh ...ne soit devenu ami, c'est-à-dire que, en dehors de mon travail de médecin, je n'ai rencontré aucun de mes patients dans des relations de loisirs ou quelque chose comme ça.

Jamais en dehors du cabinet ... ?

Non, je ne crois pas, franchement... à mon avis, aucun.

Alors le problème de la distance que l'on met entre soi et son patient, vous m'avez dit c'est le patient adulte de plus de 18 ans ? ... Alors y'a un truc, qui est assez rigolo, mais je sais pas si c'est dans le sujet de votre thèse mais je vais vous le dire c'est le problème du tutoiement d'un enfant qu'on a connu depuis longtemps...

C'est exactement ce à quoi j'allais venir (rires) ... donc ma question c'est : Continuez-vous de tutoyer les ...

Non

... patients que vous avez connu enfants ?

Non, alors il y a l'adolescent qui a 16 ans qui vient avec ses parents, alors lui, je me rends compte que je le tutoie et quand je le vois seul, je me rends compte que je le vouvoie. Ensuite quand il devient adulte et qu'il a 20 ans, 22 ans, 25 ans moi, je le vouvoie. Moi, j'ai des patients que j'ai connu nourrissons, donc je parle de ça, donc le gamin que je connais depuis qu'il a 1 mois. Donc pour moi, ça e semble indispensable au bout d'un certain temps de ...euh... alors le vouvoiement pour moi, c'est euh, une marque de respect, et donc ça veut dire que j'ai en face de moi un individu, dans toute son entièreté qui a... dans toute sa valeur, c'est-à-dire qu'il n'est pas question, parce que le fait de tutoyer, c'est un rapport un peu paternaliste hein, euh ... donc euh... moi ça me semble très important sur le plan du symbole et alors ce qui est rigolo c'est que j'ai beaucoup de mal à la période intermédiaire, que je le tutoie, je le vouvoie, enfin je sais plus, « est-ce que je l'ai tutoyé avant ? » , « est-ce que je le vouvoie maintenant ? », donc ça c'est vraiment, cette situation où la personne que vous avez en face de vous change de statut, j'arrive pas à le gérer. Souvent, ça me fait un peu rigoler intérieurement parce que ...et j'ai souvent posé la question aux internes « à ton avis qu'est-ce qu'il faut faire ? » et bien ils n'ont pas de position, par contre ce que je constate c'est que quand je vois fonctionner des internes, ils sont jeunes nos internes ils ont 25/27 ans, quand ils ont quelqu'un qui a à peu près leur âge, assez spontanément, ils les tutoient.

Mais bon, moi, je suis une vieille bête de 64 ans donc euh ... moi ça me paraît, et moi personnellement, je me sens beaucoup plus à l'aise dans cette distance.

Donc, vous vouvoyez tous vos patients ?

Oui. Alors par contre, y'a des gens que je connais en dehors de mon métier et qui me consultent, là évidemment, on se tutoie mais ça me paraît logique. Que je connais par l'intermédiaire de la famille, par exemple y'a des copains de mes fils qui viennent consulter ici que j'ai toujours tutoyés et que je continue de tutoyer mais le mode de relation est différent.

Et donc il n'y a pas de patients connus à travers votre pratique que vous vous êtes mis à tutoyer ?

Non, je crois pas. Euh Alors il y a un truc, un épiphénomène, franchement je crois que c'est une patiente que j'ai connu euh... (silence-cherche le nom de la patiente) j'ai dû la connaître il y a à peu près 20 ans et entre temps, elle a divorcé et elle a rencontré quelqu'un que je connaissais, par l'intermédiaire de la famille et donc jusqu'au moment où elle est... enfin, tant qu'elle n'avait pas connu ce monsieur, je la vouvoyais et au moment où elle est un peu rentrée dans le cercle familial je l'ai tutoyée, enfin je la tutoie et elle me tutoie.

Mais par le biais de mon métier, non.

Euh...Pfff... Moi, moi je pense que la distance que l'on met avec son patient, ça me paraît relativement important, euh...Un, il y a la marque de respect et deux, il ne faut pas non plus, disons ...je pense que si l'on veut rester efficace, il faut savoir garder un peu de recul sur le plan émotif et euh, ben pour moi ... Je pense que dans ma carrière de médecin j'ai dû enterrer entre 200 et 300 personnes, 200 personnes... (silence), ouais 10 par an, ouais, à peu près, donc il est évident que si y'avait un investissement émotif euh, à travers tous les gens qu'on côtoie etc et surtout qui ont des gros problèmes de santé, on pourrait pas. J'ai eu des relations très très fortes, euh on peut dire avec des patients que j'ai suivis pendant très longtemps et qui ont eu des grosses grosses pathologies que j'ai vu très souvent donc des relations très fortes mais ça a toujours été dans le respect de l'un et de l'autre avec le vouvoiement et y'a des patients qui sont décédés auxquels je pense encore assez souvent, donc y'a un lien qui s'est fait parce que c'est des gens qui ont été exemplaires pour moi mais y'a pas eu de lien amical ou de choses comme ça quoi. Je pense qu'on a tous dans nos clientèles des patients qui nous ont marqué par leurs attitudes et qui même pour nous, enfin oui, sont des exemples de vie quoi.

Donc, si je comprends bien, d'une certaine manière il y a certains patients, malgré le vouvoiement, la distance, qui ont pu être plus proches de vous d'une certaine manière ou pour lesquels vous vous sentiez plus investi ?

Oui. Oui, très clairement, les patients avec lesquels on est le plus investi c'est les quelques patients dont on accompagne le décès au domicile, c'est sûr qu'on est forcément plus investi, quand on commence à parler avec un patient de « qu'est-ce qu'on fait en cas d'urgence ? on vous hospitalise ? on réanime on réanime pas ? euh, vous restez à la maison ? Je vous promets que vous n'irez plus jamais à l'hôpital... », c'est quand même des choses que j'ai dit à des gens, donc c'est vrai que ça fait des liens qui sont forts, mais c'est des liens qui sont forts, qui sont marquants sur le plan personnel mais qui ne sont pas des liens d'amitié ou de camaraderie ; si c'est ça ce que vous vouliez dire ? En sachant que y'a..., c'est ce que je disais, c'est important, y'a des patients qui pour moi ont été des vrais exemples, de vie et de dignité, de courage ; je me souviens toujours d'une patiente, y'a une patiente que j'ai suivie pendant 25 ans, que je voyais toutes les semaines pendant 25 ans, hypertendue, diabétique, insuffisante rénale, arthrosique, ACPA, Préviscan... j'en oublie, insuffisante thyroïdienne...enfin c'était un bouquin de pathologies à elle toute seule et je l'ai connue de l'âge, je pense qu'elle avait 60 ans lorsque je l'ai connue et je l'ai accompagnée jusqu'à...enfin je l'ai pas accompagnée pendant son décès parce qu'elle est tombée, elle est partie à l'hosto et elle est morte là-bas, mais je l'ai accompagnée quasiment jusqu'à la fin, jusqu'à l'âge de 85 ans et cette femme, moi je me souviens, elle était dans une situation absolument épouvantable, elle pouvait pas sortir de son lit, fallait prendre un verticalisateur, enfin bon, c'était un truc de fou quoi et moi quand je venais le mardi matin faire les visites quand elle voyait que j'étais mal, mal embouché ou fatigué et c'est elle qui me remontait le moral, c'était un truc extraordinaire quoi.

Ce lien s'était-il déjà créé avant les visites à domicile ?

Non, non, c'est quelqu'un que je n'ai connu qu'à la maison, comme je vous disais, je l'ai connue avec des handicaps et euh, mais c'est vrai que je pense qu'il y a eu les liens qui ont été très forts entre elle et moi, en tout cas de mon sens vers elle, du sien aussi je pense mais on n'a jamais rien dit, jamais rien verbalisé. Mais par exemple, c'est quelqu'un quand elle était hospitalisée, j'allais systématiquement la voir à l'hôpital, y'a quand même pas mal de patients qui sont hospitalisés, on prend pas le temps d'aller les voir à l'hôpital. Et je pense que le fait d'aller voir des gens, enfin oui, si on a le temps, c'est bien mais souvent on n'a pas le temps ; mais quand on fait l'effort d'aller voir quelqu'un à l'hôpital c'est qu'il ya sûrement des liens plus particuliers qui se sont créés. ... J'ai un autre exemple comme ça assez fort, dans ma pratique, c'est euh, un homme que j'ai suivi jusqu'à la fin, qui a fait, en fait une hémorragie cérébrale sous Préviscan (silence, pose ses clefs un peu

fort sur le bureau), INR 2.35, donc il a fait une hémorragie cérébrale diffuse donc il s'est retrouvé dans une espèce de coma végétatif, donc couché pendant 3 ans dans un lit, alimenté par sonde naso-gastrique, enfin gastrostomie et par pompes et petit à petit comme ça, il s'est enfoncé et euh... son seul soutien c'était sa femme, sa femme il l'avait épousée plutôt sur le tard, au-delà de la cinquantaine et il avait évidemment jamais eu d'enfants et sa femme du jour au lendemain, elle s'est retrouvée avec un homme dans un lit, pratiquement qu'il fallait le laver, machin, etc... ça été extrêmement difficile pour elle et y'a eu tout un... , on a mis en place toute une série d'aides et le jour où il était décédé, elle m'a appelé, elle était complètement désemparée et il se trouve que l'infirmière était là et bien avec cette femme, on a organisé, pour cet homme, enfin surtout pour elle, on a organisé une espèce de petite cérémonie d'adieux, donc lui était décédé bien évidemment, donc on a fait ça chez elle, à la maison, on a improvisé un truc, on a écouté un peu de la musique qu'il écoutait, des textes qu'il aimait bien, etc... ça a duré quoi, un quart d'heure quelque chose comme ça, mais c'est vrai que c'est des expériences qui sont de l'ordre de l'intime, qui sont extrêmement fortes, mais on n'est pas dans la relation amicale. On est là dans la relation d'aide, dans la relation humaine, dans la relation enfin...

Dans la relation thérapeutique ?

Thérapeutique pour elle je pense, en tout cas apaisante pour elle, c'est comme ça que je l'avais senti, en tout cas que je m'étais... enfin que j'ai fait ce truc là, car elle était tellement désemparée euh. Mais, c'est pas de la relation amicale, c'est pas de la relation de camaraderie.

Et le fait justement, pour ces deux exemples, de les avoir suivis à domicile pour vous c'est quelque chose qui a pu changer... ? (Coupée)

Ça fait quand même des liens qui sont plus forts.

C'est plus facile ou plus difficile le relationnel pour vous dans le suivi à domicile ?

(réflexion) Non ça change rien, qu'ils viennent à la consultation ou qu'ils soient vus à domicile, pour moi le domicile, ça c'est un peu hors sujet mais pour moi le domicile ça n'a pas beaucoup d'intérêt. Sur le plan médical, c'est une perte de temps et on n'est pas dans des bonnes conditions pour examiner...

Donc ça peut presque être un peu plus difficile alors ?

Sur le plan technique, mais sur le plan relationnel ça change pas. Alors maintenant, c'est sûr que moi j'ai quand même des patients, par exemple il y a un couple, je les connais depuis 85 au moins, donc euh... lui je l'ai connu il travaillait, maintenant il a 87 ans, elle je l'ai connue aussi, entre temps, elle s'est fait un cancer de l'estomac... donc forcément y'a du non-dit et à la fois une histoire commune entre des patients comme ça qu'on connaît depuis aussi longtemps, mais c'est, c'est du non-dit, c'est pas verbalisé, c'est pas formalisé. Ce qui fait par exemple qu'au bout d'un certain temps, on discute de choses et d'autres et un jour, ils m'ont raconté qu'ils partaient en vacances dans les années 60, chacun sa moto... Alors là, vous êtes face à deux vieillards, ils vous racontent ça alors je dis « tiens, ben la prochaine fois, faut que vous me montriez des photos, etc. » Donc alors, qu'est-ce c'est que ce type de relation?, moi je sais pas, est-ce que c'est une relation d'amitié ? Est-ce que ? euh... moi, je conçois ça comme des gens qui sont vieux, qui sont inquiets, et puis j'essaye quand même de les ramener quand même à des souvenirs plus sympas de leur vie antérieure ; maintenant est-ce que c'est de l'amitié ? y'a quand même des relations spéciales... mais le mot amitié, camaraderie non, parce qu'il y a toujours de la distance, euh... amitié peut-être, oui, mais qui n'est pas dite, qui n'est pas exprimée... mais qui peut faire partie du processus thérapeutique, oui. Moi, ça m'arrive assez souvent à des grand-mères de leur faire sortir, enfin leur faire sortir... les vieilles photos, les photos de mariage, du machin, du truc, et c'est vrai que moi je trouve c'est des moments sympas....

Des moments de vie...

Oui, on peut partager des moments de vie, c'est sûr... le décès du chien. Je me souviens, je m'occupais d'une dame, elle a dû mourir depuis, ça fait longtemps ; elle a perdu son chien... (rires) et elle me dit « je n'ai jamais autant pleuré que depuis que j'ai perdu mon chien, même pour mon mari j'ai pas pleuré ! » (RIRES) ça m'a fait beaucoup rire ...

Et donc c'est vrai, et ce qu'il y a d'assez curieux aussi c'est qu'on en arrive à des gens qui vous conf-, enfin qui vous font des confidences, sur leur vie privée etc, sur leurs difficultés personnelles avec les parents, les enfants donc ils vont souvent très très loin dans la confiance mais je pense que cette confiance, à mon avis, elle est possible parce qu'il y a la distance, autrement elle ne serait pas possible, je crois que on peut dire que c'est peut-être, c'est l'intérêt du confesseur et il paraît que nous, médecins sommes devenus les confesseurs des temps modernes, c'est-à-dire qu'ils peuvent s'exprimer ici dans un espèce de terrain qui est neutre, où ils ne prennent pas de risques parce qu'ils savent en principe qu'il y a pas d'euh... enfin, il y a le secret médical. Le secret médical, ça me semble absolument fondamental, dans la relation avec les gens et moi ça m'arrive quand même assez souvent quand je vois les gens qui hésitent, je leur dis « attendez, moi je suis tenu par le secret médical, et ce que vous me dites là, il n'est pas question que ça sorte, et c'est encore plus important quand on est le médecin traitant d'un couple et qu'il y a un problème, enfin que l'un des membres du couple vous dit des choses sur l'autre.

Et justement, avez-vous pu déjà vous sentir mal à l'aise dans des confidences, ou des comportements qui évoluent vers des confidences de la part des patients ?

Je pense oui, mais je suis de moins en moins mal à l'aise parce que c'est quand même des situations qu'on a vécues plusieurs fois donc, on acquiert un petit peu d'expérience et c'est enfin, c'est ... normalement, je pense qu'un vieux, entre guillemets, médecin, est meilleur de ce point de vue-là qu'un jeune.

Donc le temps et l'expérience, selon vous, sont des facteurs favorisant pour gérer... ?

Je pense qu'on arrive à mieux gérer, disons, les situations qui sont compliquées sur le plan relationnel.

Pour vous, les liens de proximité qui peuvent s'installer au fur et à mesure entre médecin et patient, c'est quelque chose qui est plus facile à gérer dans le temps ou vous avez des exemples où ça été plus difficile ?

Alors, il y a quelque chose, et je pense que tous les médecins se disent ça, qui est assez curieux mais qui est difficile à comprendre, c'est que euh, il y a certains patients, on s'est beaucoup investi, on a fait pas mal de choses pour essayer de leur résoudre leurs problèmes, on est allé voir dans les bouquins, on a téléphoné à droite, téléphoné à gauche, on a accéléré les rendez-vous, on s'est montré disponible, on a insisté auprès des spécialistes, machin truc ; on pense avoir fait beaucoup de choses et on a l'impression que nous médecins, on a beaucoup donné pour des patients et ces patients, du jour au lendemain, ils vous envoient balader... de façon violente, abrupte et le plus souvent sans explication... et donc ça c'est quelque chose qui est très perturbant, quand on pense, disons enfin, quand on pense avoir fait pas mal de choses et s'être investi, mais on va dire pas sur le plan personnel mais sur le plan technique, sur le plan encore une fois du technicien de la médecine que je suis, donc mettre mes compétences au service de quelqu'un.

Et ça n'est pas pour des patients où il y avait un investissement plus important ?

Alors très souvent, c'est une rupture brutale de la part du patient et sans explication, donc c'est extrêmement perturbant et même c'est, c'est parfois blessant, ça ... ouais c'est perturbant en tout cas. Le truc auquel aussi on n'arrive jamais à se faire, c'est le patient qui change de médecin traitant.

Et quand vous y repensez, vous trouvez quelque chose dans votre comportement qui pourrait expliquer ce choix ?

Alors, je me dis il y a un truc que tu as dû louper, et euh, y'a quelque chose qui... alors, j'ai aussi un exemple, je sais pas si les histoires de chasse vous êtes demandeuse ou pas ? Les cas particuliers... Je me suis occupée pendant, vers la fin de, enfin pendant quoi, 5/6 ans d'une personne très âgée ; elle avait pratiquement 90 ans quand je suis rentré en contact avec elle sur le plan professionnel, et c'est quelqu'un qui avait une hypertension artérielle sévère qui était très très difficile à contrôler, qui m'inquiétait beaucoup. A côté de ça, elle avait des problèmes d'arthrose, elle avait entre autre des cervicalgies invalidantes qu'elle traînait depuis des années et des années et pour lesquelles il y avait quasiment pas possible de faire quoi que ce soit et à cause de son problème d'hypertension et son rein etc, on était très démuni en terme de prise en charge thérapeutique. Bon ... Et puis, elle habitait dans une maison individuelle, veuve, avec un escalier extrêmement compliqué pour rentrer dans sa maison qui était verglacé en hiver, elle avait fait plusieurs chutes etc, et je me suis démené pour qu'elle puisse aller dans une maison de retraite du centre-ville où elle était beaucoup plus en sécurité, dans un appartement, plus de risque de chute, etc. Et donc, elle s'installe dans cette maison de retraite, il se trouve que pas trop de nouvelles etc, et puis je vais voir une patiente dans cette maison de retraite et je passe devant sa porte, je vois son nom sur la porte (mime un petit encadré), je frappe, pensant me faire bien accueillir, pour lui demander des nouvelles, « alors comment ça va ? etc », « ah ben docteur je veux plus vous voir », « ah bon ? », « oui, parce que vous ne vous êtes jamais occupé de ma colonne cervicale ». (silence) D'accord, ça c'est euuuuuhh, c'est ... un problème de communication je pense, que j'ai mal géré. Pour elle, son problème c'était sa colonne cervicale, pour moi c'était son hypertension, donc on n'était pas d'accord, enfin bon, on n'était pas sur la même longueur d'ondes, donc ça pouvait pas fonctionner et donc elle a profité de ce déménagement pour changer de médecin. Mais c'est vrai que c'est un peu perturbant parce que on s'est un peu bagarré pour que son hypertension aille mieux, on se bagarre pour lui trouver un point de chute et une fois que c'est fait elle vous envoie balader.

C'est le recul qui vous a fait penser que c'était lié à un problème de communication ou d'autres choses sont entrées en jeu ?

C'est-à-dire que je n'ai pas pris assez en compte ses plaintes douloureuses au niveau cervical, pour elle son problème il était là et pour moi évidemment c'était pas ça qui était vital chez elle. On n'a pas parlé de la même chose, donc au bout d'un certain temps, ça fonctionne pas.

Et avec des patients qui sont toujours en suivi, vous est-il déjà arrivé de devoir remettre de la distance, un cadre, des limites ?

Alors ça m'est arrivé, alors j'ai eu une expérience avec une femme qui était érotomane, au sens médical du terme, avec un transfert extrêmement important, c'était au tout début de mon installation ça...alors j'ai quelques souvenirs vagues car ça doit faire une trentaine

d'années, et heureusement, elle a, je crois qu'elle a finalement rencontré un gendarme qu'elle a harcelé, le pauvre gendarme (rires), et elle m'a laissé de côté donc j'étais ravi, mais c'est vrai que c'était extrêmement compliqué.

Mais vous avez senti dès le début qu'il fallait cadrer ou ... ?

Ah oui complètement, il y avait une relation pathologique avec une demande affective et euh, plus qu'affective très claire de sa part et donc c'est évident qu'il a fallu de façon simple remettre les choses en place mais bon, c'était quelqu'un qui avait une pathologie psychiatrique.

Moi, personnellement, j'ai été en difficulté par rapport à une patiente qui était extrêmement séductrice, et euh, moi j'étais euh... bon là on va carrément dans l'intime mais c'est pas grave puisque c'est anonyme, j'étais un peu en difficulté par rapport à mon couple, et c'est vrai qu'il a fallu que moi, je résiste aux efforts de séduction de cette patiente, euh... de façon à ce qu'il ne se passe rien, si vous voulez en terme relationnel, qu'on arrive pas à nouer une relation qui aille complètement au-delà de la relation qui pour moi entre médecin et patient est normale quoi. Ça m'est arrivé une fois. C'est une patiente que je vois toujours, donc pour moi maintenant, enfin de mon point de vue les choses sont complètement claires et je pense qu'elle aussi a compris euh, que c'était pas la peine d'insister mais, elle continue à venir de façon mensuelle car c'est une patiente qui a un traitement anti-dépresseur, des choses comme ça.

Et finalement, comment avez-vous fait pour gérer ce problème ?

J'ai résisté de toutes mes forces, tout en ayant envie de succomber donc c'est très compliqué, enfin je sais pas comment j'ai fait. Mais euh... (silence)

Est-ce qu'elle proposait des invitations, des cadeaux, des remerciements particuliers ?

Non, elle avait une attitude extrêmement séductrice pendant la consultation. Non, mais une reconnaissance, enfin euh, « je n'ai confiance qu'en vous... », enfin ce genre de discours que moi, je trouve extrêmement dangereux, parce que quand quelqu'un vous dit « je n'ai confiance qu'en vous, et avant de prendre la moindre décision, je n'ai confiance qu'en vous et c'est chez vous que je viendrais demander », le jour où y'a plus la confiance, c'est la rupture définitive, totale et abrupte. C'est le défaut de la confiance totale en quelqu'un, le jour où cette confiance est déçue, c'est forcément une rupture, moi je pense que c'est comme ça que j'explique ces phénomènes de rupture brutale, c'est quand les gens mettent trop de confiance dans la relation, enfin dans les capacités de leur médecin et qu'à un moment ou un autre ils sont déçus.

Finalement, c'est le médecin qui régule finalement la demande ...

Non, non, mais y'a des gens qui sont comme ça, ils ont une confiance aveugle, absolue en leur médecin traitant, leur médecin généraliste enfin celui qu'ils appellent « leur médecin », c'est pas bien, parce que de toute façon, un jour ou l'autre, on risque d'être mauvais, ou un jour ou l'autre, il y a un problème qui va nous dépasser et puis un jour ou l'autre, il va y avoir un vrai problème de santé qui va faire que ça décompense, même pour le meilleur des médecins. Donc moi cette confiance absolue, j'aime pas. Ensuite le côté familier des gens, j'ai par exemple un patient qui me tutoie systématiquement, moi il n'est pas question que je le tutoie. Donc, il me dit « tu », je lui dis « vous ». Alors, est-ce que je lui fais la réflexion « j'aime pas qu'on me tutoie » ? Non. Mais euh... je dis toujours, c'est mon point de vue, il vaut ce qu'il vaut ; les gens viennent ici avec ce qu'ils sont et avec leurs moyens intellectuels, psychologiques etc ; donc ça moi, c'est quelque chose que je respecte et dont je tiens compte. Donc quelqu'un qui me tutoie, je lui fais comprendre de façon indirecte que moi, je préfère qu'il me vouvoie. S'il a envie de continuer à me tutoyer c'est pas un problème mais moi, je continuerai à le vouvoyer.

Il existe d'autres problèmes de type relationnel, par exemple avec le toxicomane primo-demandeur. Beaucoup de médecins s'en méfient, c'est un menteur, il va me rouler dans la farine, il dit n'importe quoi, on peut pas le croire... Donc c'est quelqu'un dont je me méfie par avance et à la limite, je veux pas le voir parce qu'il va me rouler dans la farine. Je connais des médecins autour de moi qui, y'en a un par exemple, pour ne pas recevoir de toxicomanes, il raconte qu'il a eu des problèmes avec l'ordre des médecins, qu'il a interdiction de recevoir des toxicomanes, pour se libérer du problème. Donc justement, on a un toxicomane qui vient pour la première fois, que je ne connais pas, qui vient avec une demande précise, et très souvent sa demande elle est ambiguë. (on frappe à la porte du bureau, petit échange logistique avec son associé). Donc, moi ce que je dis et ce que j'essaie d'expliquer aux internes, c'est qu'avec ce genre de patients, il faut nouer ce qu'on appelle une alliance thérapeutique dès le début. Donc, j'ai en face de moi un adulte avec ses difficultés, ses envies de me rouler dans la farine, de me mentir, de me raconter des craques, mais moi je le sais, j'en suis conscient. Donc il est là et moi je suis là avec des propositions claires, pas amicales, bienveillantes, ça c'est un mot qu'il faut qu'on développe un peu. J'ai un adulte, je lui expose un petit peu ce qu'on peut faire, comment on peut faire et je lui dis « écoutez, on peut fonctionner ensemble et on verra bien comment les choses se passent mais on fonctionne entre adultes » et je lui fais comprendre qu'à priori, je lui fais confiance. Donc on se revoit assez rapidement au début et petit à petit on voit effectivement que les choses se cadrent et que mes propositions sont plus ou moins acceptées, que les RDV sont plus ou moins tenus, que les

choses vont mieux, etc. Donc petit à petit, finalement, on arrive à mettre en place une relation patient-médecin alors qu'on a peut-être au départ, enfin on risque d'avoir une relation toxicomane-dealer ; mais on y arrive, ça prend un peu de temps, tout en cadrant.

Je voulais enchaîner sur le mot bienveillance, je sais pas si on vous en a déjà parlé ou si ce terme a déjà été utilisé... alors, si on retourne le mot bienveillance, c'est veiller bien. Veiller au bien de la personne et c'est pas bienfaisance, c'est pas faire du bien pour la personne. Ça, c'est une réflexion que j'ai eue il y a pas très très longtemps, finalement, moi je me dis qu'une des clefs de la relation médecin-malade, c'est justement de veiller à bien faire ou de veiller à faire du bien. Alors attention, veiller c'est pas faire. Veiller, quand on veille, on reste réveillé, on est conscient, on fait attention. Moi, je sais pas si vous êtes au fait de la religion catholique mais il y a les vierges folles et les vierges sages, et les vierges sages ont une lanterne et elles veillent. Vous connaissez ça ? (rires) Donc, moi je pense que le mot la bienveillance décrit de façon assez précise et assez juste, ce que doit être la relation d'un médecin par rapport à un patient qui vient ici. Donc savoir rester éveillé, veiller, donc euh, ça suppose aussi d'être précis dans ses connaissances, d'avoir une certaine rigueur dans sa démarche médicale et quand on veille à faire du bien, on vérifie que la proposition qu'on fait, va faire du bien, donc qu'elle est acceptable et qu'elle va faire progresser les gens dans le sens positif. Pour moi, je pense que, c'est un mot que j'aime bien pour décrire, avoir de la bienveillance pour les gens qui viennent ici. Et finalement, c'est un mot qui est assez subtil, si on le retourne et on le démonte. Entre la bienveillance et la bienfaisance, de mon point de vue c'est pas du tout la même chose.

Je voulais revenir sur les patients que vous croisez en dehors de l'exercice médical ? Comment vous sentez-vous lorsque cela arrive ?

Dans la rue, le samedi matin, y'a le marché. Y'a des gens qui sont mes voisins mais on parle jamais d'un problème médical comme ça à travers le grillage. On a une relation normale « Bonjour, au revoir, comment ça va ? ».

Vous ne vous êtes jamais senti oppressé par le fait de croiser des patients dans des moments de vie privée ?

Ben non, parce que justement la distance elle est là.

C'est aussi un peu le côté pénible de ce métier, mais c'est les gens qui disent « à bientôt », « ah non non, moins je vous vois mieux c'est »

Donc, c'est aussi assez descriptif du type de relation que l'on doit avoir parce que c'est pas possible d'avoir une relation d'amitié ou de camaraderie avec un patient qui vous dit « moins je vous vois, mieux c'est », et c'est vrai que c'est logique, c'est un métier un peu bizarre. Et j'ai toujours pensé qu'il aurait été extrêmement compliqué pour un médecin de trouver son ou sa partenaire de vie à travers son exercice médical. A mon avis, ça ne peut se faire qu'en dehors de son exercice médical. On sait pas les hasards de la vie mais ...

Et l'entité « médecin » en toutes circonstances, même en dehors du milieu professionnel ne vous a jamais posé problème ?

Non.

Vous est-il possible d'être joint par vos patients en dehors du numéro du cabinet médical ? mail ? portable ?

Alors le mail, de plus en plus, alors y'en a qui charrient. Je vous montre.

Mais je ne le transmets qu'à certains.

(lit un mail qu'il a reçu il y a peu de temps d'un patient) « Bonjour Dr, auriez-vous la gentillesse de me renouveler mon ordonnance de Z. ? merci d'avance. Bien cordialement » ... (silence) Bon !...

Ça m'énerve. J'en ai eu un autre tout récemment qui est hôtelier et qui extrêmement pris, qui est hypertendu et qui m'a demandé si je pouvais pas lui envoyer son ordonnance hypertension. Donc je lui ai répondu « ok, je vous l'envoie pour une période de 3 mois et on se revoit après l'été ». Donc je fais, je les connais mais c'est toujours un peu embêtant.

Mais là par exemple, le coup du somnifère, parce que je l'ai régulièrement au bout de 4 semaines, alors ouais ... Mais je pense que le mail, ça va être un vrai problème... c'est un peu gênant, ça m'énerve. Ensuite, y'a des gens qui m'appellent, ils ont besoin d'un truc ponctuel, je sais pas un certificat, un truc ; je leur ai déjà fait, j'en fait un autre et ça ne me dérange absolument pas. D'un autre côté, je sais que bon, j'ai toujours été informatique, ça m'a toujours intéressé, donc la télémedecine c'est quelque chose qui aurait pu me convenir aussi, mais je dis ça comme ça, sans trop savoir euh... ce que ça peut vouloir dire en termes de type d'exercice. De toute façon, ça va venir ...

Pour ce qui est du téléphone portable, moi je le laisse à des gens qui sont en situation compliquée, qui ont besoin de me joindre sur le téléphone.

Mais on est ici en médecine de ville, là le téléphone, il est branché sur répondeur, en cas d'urgence appeler le 15.

Du coup, on a réagi à travers un secrétariat téléphonique qui filtre les appels et qui fait que on a aussi mis en place ici, on ne fonctionne que sur RDV ; c'est quand même une pratique qui n'est pas encore très fréquente en médecine générale mais qui se développe. Nous, ça fait à peu près 10 ans qu'on fait ça ici. Donc, ça c'est le problème de la communication parasite dans les consultations, les 25 coups de téléphone par jour ... Bon ...

Je dois communiquer par mail avec les patients 3 ou 4 fois par semaine, ça reste encore gérable mais je sais pas ce que va devenir l'exercice de la médecine dans les années qui viennent.

Par rapport aux réseaux sociaux, comment vous vous positionnez ? Certains patients ont-ils déjà fait appel à vous par ce biais ?

Oh, je suis vieux hein. Les gens peuvent prendre RDV sur internet, donc ça c'est moderne mais moi, je n'utilise pas les réseaux sociaux.

Alors, y'a des gens qui me demandent, enfin, je suis sur Facebook comme tout le monde, mais y'a des gens qui me demandent d'être leurs amis et je vois des patients ; alors forcément évidemment on voit de tout hein...

Vous répondez positivement aux demandes sur Facebook de la part de vos patients ?

Non.

Pourquoi ?

Pourquoi ? pfff ...Ben d'abord, puisque les amis de mes amis sont mes amis, finalement on se rend compte qu'il y a des gens extrêmement jeunes qui sont sur Facebook, enfin des ados, des gens comme ça, il est évident que je vais pas commencer à être ami d'un patient ado...

C'est un compte privé mais je l'utilise quasiment jamais, je regarde les conneries de mes fils dessus (rires) et puis voilà quoi, en gros c'est à peu près ça.

Quand les patients recherchent, je réponds pas.

Quand vous avez pu rencontrer des difficultés relationnelles avec certains patients, est-ce que c'est une chose dont vous avez déjà parlé ou pu ressentir le besoin d'en parler ? à la sphère personnelle ? à des collègues ou groupes de parole ?

Groupes de parole type Balint, je n'ai jamais fait. Euh... je me suis formé un petit peu à l'entretien motivationnel, donc ça aide un petit peu, c'est vrai que ça permet quand même de se poser un peu toute une série de questions par rapport aux patients qu'on a en face de nous...euh « qui il est, où il est, comment il fonctionne, etc ? » et bon, c'est une technique mais ça a permis quand même une certaine réflexion. Donc, finalement, moi, tout ce que je vous ai dit là, c'est un peu une réflexion personnelle sur 30 ans d'exercice quoi. Je me suis euh... jamais trouvé, je crois en situation où j'ai besoin de demander de l'aide.

Bon, le relai aux spécialistes, c'est une bonne façon de résoudre un problème, par exemple, le patient qui n'a pas confiance en votre décision ; donc souvent la parole du spécialiste a plus de poids, donc euh, à la limite, le spécialiste va s'emmerder autant que moi mais au moins pendant ce temps, le patient sera occupé donc on peut un peu gérer ça comme ça quoi. Donc, c'est vrai que le spécialiste peut un peu servir à ça. Ça fonctionne dans un autre sens hein, quand le spécialiste, ne sait pas répondre « et ben, reparlez-en à votre médecin traitant », donc nous on les retrouve, ils ont fait tous les examens et il n'y a pas de solution, donc il faut se débrouiller avec ça, mais c'est vrai que le spécialiste peut servir à ça.

Au niveau de l'échange avec des confrères, ça m'est arrivé exceptionnellement, moins de dix fois en 30 ans.

Pour des exemples où vous avez dû recadrer les choses, les limites, est-ce apparu avec le temps ?

Moi, je pense que les choses ici, sont quasiment cadrées toujours, puisque, là où je pense qu'effectivement ça risque de devenir compliqué si effectivement il y a une relation patient- médecin qui devient trop proche, trop familière, trop machin... et qu'un moment ça prend de l'ampleur et que ça devient dangereux sur le plan relationnel et sur le plan thérapeutique et qu'il faut faire machine arrière, là je pense effectivement que ça peut être très compliqué, euh ... Alors maintenant, c'est vrai que y'a des gens qu'on trouve plus sympathiques que d'autres hein, qu'on reçoit ici avec plus de plaisir que d'autres mais la distance elle existe toujours mais c'est sûr qu'on a des atomes crochus avec certains patients, on parle d'autres choses, enfin oui.

Mais moi j'ai des copains médecins, je sais qu'ils tutoient leurs patients, puis ils font des trucs avec eux, enfin bon...Ici, c'est pas le style de la maison, mais bon, qu'est-ce que ça vaut ? Est-ce que c'est bien, est-ce que c'est pas bien ? ben ça, on va pas porter de jugement de valeur mais c'est comme ça que je fonctionne.

Pour terminer, je voulais vous demander quelle est votre définition de la « juste proximité » et quels sont vos conseils pour les jeunes médecins ? Avez-vous sinon des précisions à apporter ?

Ben , c'est un peu ce que je vous disais en introduction. On est thérapeutique, si on communique bien, si on communique pas bien , on n'est pas thérapeutique même si on est bon technicien, 1ère chose . Ensuite, 2^{ème} chose, je pense que la distance c'est à mon avis, indispensable, mais la distance ne doit pas empêcher de savoir se mettre à niveau, et euh... je crois même, c'est parce que si euh, si on se met à niveau de quelqu'un sans la distance, il peut y avoir une relation hiérarchique qui s'installe et ça il faut la fuir absolument. Je vous donne un exemple tout bête, mon dossier, il a à peu près la même hauteur que le vôtre. Donc même au sens physique, ça me semble important, et le bureau que vous voyez ici m'a bien plu parce c'est un bureau arrondi et on peut se mettre plus ou moins près, plus ou moins loin. Je sais pas si vous avez remarqué, si on est ici (en me montrant) , d'ailleurs vous vous êtes mise relativement loin...

(rires) Je me suis surtout mise face à vous ...

Hein d'accord, donc c'est des choses auxquelles j'ai pensé quand j'ai renouvelé le mobilier de bureau ; pour moi, il n'était pas question d'avoir un fauteuil de ministre et je mets les autres sur un strapontin qui va se casser la figure hein. Donc, dans l'organisation de son espace de travail, c'est important, ça passe par des détails comme ça ; maîtriser son espace de travail... donc savoir se mettre au niveau des gens mais en même temps en gardant la distance, c'est complètement les respecter. Et moi je dis que les gens que j'ai en face de moi, mais ça c'est aussi un peu une philosophie de vie, c'est des individus entiers et complets et euh, il n'y a aucune raison que je me sente plus, mieux, enfin je sais pas comment il faut dire, enfin que je me sente supérieur à eux sur le plan cognitif, intellectuel, psychologique ... Non. Non. Et moi, je fréquente des gens qui sont dans des difficultés absolument terribles, et c'est des gens qui dans la vie ont des parcours, ils sont beaucoup plus méritants que moi, qui ai eu de la chance de faire des études, je gagne bien ma vie, j'ai pas de soucis.

Donc se mettre à la place de l'autre, de l'empathie ?

Oui, c'est vrai, c'est de l'empathie, de mot, on peut l'utiliser mais plus que de l'empathie, je reviens à mon mot, la bienveillance ; Pour moi, c'est plus parlant ; empathie c'est compliqué à définir et puis c'est ... Je me suis trouvé le mot bienveillance pour essayer d'expliquer en un seul mot comment je voudrais fonctionner avec les gens qui viennent ici. Voilà.

Une fois l'enregistrement coupé, l'interviewé aborde :

- La question d'une thèse sur la gestion des désaccords dans la relation-médecin patient.
- Souligne l'importance d'un travail de la pédagogie en tant que médecin.
- Explique qu'il est très important d'apprendre à communiquer, essayer de faire des formations.

ENTRETIEN N°3 – 09/06/2016	Milieu de journée de réunion
30 minutes	Salle à la faculté de Médecine

Moi : Tout d'abord, j'aurais aimé discuter avec vous de la relation médecin -patient, comment l'envisagez-vous et sur quoi est-elle principalement basée à vos yeux ?

Sur la confiance ... oui, je dis bien, oui je vais peut-être donner là quelques mots...La confiance et puis la communication, l'information, discussion.

Habituellement, quel positionnement adoptez-vous ? Plutôt explicatif ? Paternaliste, autre ?

Pater-...euh non, je suis peut-être pas forcément paternaliste mais je suis plus dans la décision partagée euh ... et pis euh, c'est le patient qui décide et si le patient ne veut pas et ben j'accepte son choix et euh donc c'est pas du paternalisme, c'est plus euh...de la médecine participative, la relation à deux.

Donc basée sur la communication ...

Ah oui, oui, à fond.

Ensuite, pour vous, est-il important de maintenir une distance entre médecin et patient quoiqu'il arrive ou la distance s'adapte-t-elle à la situation ? Avez-vous dû fixer des limites, un cadre ?

Alors, je vais poser d'emblée la question, c'est quoi la distance ? La distance bureau-patient ou la distance euh... relation euh... la proximité médecin-patient ?

Justement, reliez-vous la distance physique à la distance symbolique ? Y-a-t-il un lien pour vous ?

Alors non, pas du tout. Alors y'a des patients, je suis prêt à me mettre à côté du patient et euh... Voilà... C'est, surtout dans les problèmes psychologiques, être à côté du patient, c'est beaucoup plus important que d'être séparé par un bureau. Et euh... voilà... je crois que la communication passe beaucoup mieux, même j'ai des internes avec moi, il m'arrive de « HOP » (mime l'action de contourner le bureau), je m'assois tout de suite à côté du patient, surtout si je sais pourquoi il vient et euh, et ... l'interne dans ce cas-là a beaucoup plus un rôle d'observateur que de réel participant et c'est une super relation médecin patient.

Et du coup, dans la distance qu'on dirait plutôt symbolique, relationnelle, tout au long de votre exercice avez-vous dû apprendre à fixer un cadre, des limites ?

Alors oui, effectivement, ben de temps en temps, on soigne des amis ou des gens qu'on connaît un petit peu mieux, un voisin ...et j'en ai encore parlé ce matin en enseignement mais je crois que euh, dans ces situations, pendant un quart d'heure il faut rester « médecin » (mime un cadre avec ces 2 mains), on reste médecin, on reste et ensuite si on veut parler des vacances, « zwiit », ben c'est après la consultation, on prend du temps et on parle des vacances ou du chien, ou du chat, ou du cheval de la voisine mais je crois que euh... les gens qu'on connaît un petit peu mieux euh, j'ai failli dire des gens dans la consultation ou des gens euh... dans l'évolution d'un exercice, ben y'a des gens qui peuvent devenir

des amis ou des gens proches, qu'on apprécie plus que d'autres, mais je crois qu'il faut quand même garder un temps où on est, on a la tête sur les épaules, on est médecin.

Et ce cadre peut passer par des choses particulières ... ?

Ben, je pense que j'ai mis du temps à m'y faire, à ce ..., à cette chose, c'est sûr que quand on est jeune, à... je vais dire à 25 euh non à 30 ans euh, à 30 ans, c'est peut-être pas facile de se dire « tiens, comment je vais faire qu'euh... mince, lui je le connais et comment que je vais faire ? ». Je pense que tout ça c'est...en plus, les étudiants aujourd'hui ont plus de chance, on leur enseigne, on leur apprend la communication, disons un petit peu la communication euh... ben nous, en 91, en 89, en 89 on n'avait pas beaucoup de formations à la relation médecin-patient. C'est mieux actuellement, c'est peut-être pas parfait mais voilà.

D'accord. Ensuite, que pensez-vous du tutoiement dans la relation de soins ? Tutoyez-vous certains de vos patients chroniques ? Pourquoi ? Continuez -vous de tutoyer à l'âge adulte les patients que vous avez suivi durant leur enfance ou leur adolescence ?

Alors, j'ai la réponse d'emblée à la deuxième question. Ben, c'est sûr que le gamin que j'ai connu tout petit ben, « Pfff », oui c'est « Tu, tu », c'est le tutoiement à l'âge adulte, alors c'est vrai que 20 ans d'exercice, ben on a connu à 5 ans, 6 ans, 8 ans qui maintenant près de 30 ans ben y'en a beaucoup que je tutoie euh, « alors est-ce que ça m'arrive d'en vouvoyer certains ? », peut-être, ceux que j'ai rarement vus mais c'est plutôt tutoiement.

Et concernant les autres patients euh... Je dirais y'en a très peu...ah si les ados, je tutoie facilement ou l'adulte très jeune, j'aurais peut-être tendance à tutoyer facilement, euh, par contre les gens de mon âge ou les gens de 30, euh non 40 ans, je sais pas, je me suis pas fixé de règle, mais je pense que je suis quand même beaucoup dans le « Vous ». Après c'est sûr que si je soigne un voisin, un ami c'est du tutoiement ... Les autres ... euh ... (réfléchit) là c'est plus une colle, j'aurais tendance à dire non mais les gens on les connaît par, pas forcément seulement que par le travail, on les connaît aussi par les activités autres, quand on fait du vélo, du footing, marche ou rando, bon ben là on les tutoie et c'est sûr que le jour où on les revoit ensuite on va pas lui dire « Vous ».

Le vouvoiement pour vous, ça représente quoi ?

Ben, c'est ... j'aurais tendance à dire du respect. Ça peut effec-... alors la distance, « est-ce que... ? ouais », ça peut ... euh bonne question...euh j'ai pas l'impression que ce soit de la distance...

Vous m'avez parlé de patients que vous rencontrez parfois en dehors de l'exercice médical. Dans quel type de rencontre ? Loisirs ? Vie quotidienne ?

Ben ça peut être vie quotidienne, ben son voisin d'en face (rires), j'y pense là, plusieurs fois, euh, ben c'est vrai que le voisin d'en face, si on se croise, oui, ben c'est... on parle pas de santé mais on parle du cheval, du chat ou du chien, euh...et si je le vois au cabinet, on parle pas du cheval, du chien ou du chat mais on parle de sa santé ; d'autant que s'il avait quelques petits problèmes de santé, ben voilà, euh ensuite d'autres personnes, oui, ben y'en a effectivement que j'ai rencontrées dans le cadre d'activités sportives qui viennent me voir dans le cadre de mon travail, ben, oui je les tutoie et puis euh, ça se passe bien.

Et rencontrer vos patients en dehors de l'exercice professionnel, c'est quelque chose que vous vivez bien, gérez bien ? ou c'est quelque chose qui peut vous gêner ?

Ben ça a pu être gênant parfois et ça a été gênant mais j'ai mis des holàs. Alors ça, j'ai un patient en tête qui m'a interpellé euh, chez le fromager, sur sa dernière prise de sang, je lui ai dit (en tapotant du doigt sur le bureau) « là, j'achète mon fromage, si vous voulez savoir quelque chose, vous revenez demain ». Ah non, mais ça, au cabinet, euh en dehors c'est exceptionnel que je parle de santé ou ça a pu être effectivement avec la fille d'une mamie « Comment qu'elle se porte depuis qu'elle est à la maison de retraite ? », des petites banalités, mais euh, c'est pas des choses précises.

Donc si je comprends bien, ce ne sont pas des choses qui vous gênent habituellement ?

Ah non, non, pas du tout. Même le samedi, je vais au marché et je croise beaucoup de patients, mais c'est euh, on parle de la pluie et du beau temps mais pas de, voilà ...

Cela peut-il influencer sur votre prise en charge, sur votre exercice par la suite ?

J'aurais tendance à dire non, mais peut-être me trompe-je...

Vous est-il possible d'être joint par vos patients en dehors du numéro du cabinet médical ? Via mail ? via téléphone ? via portable ?

Mail, oui. Alors euh... mon adresse mail est sur les ordonnances. Euh ... c'est une adresse fourre-tout hein, c'est vrai que je devrais la dédier plus à ça, pro. Mais euh ...pffff, ouais, je suis encore en train de réfléchir là-dessus, c'est vrai que y'a beaucoup de patients qui ont mon adresse mail et je leur réponds, quelle que soit ... j'allais dire quelle que soit l'heure ...

Y'en a quand même pas beaucoup qui en abusent...

SMS, téléphone, alors ça c'est exceptionnel, ça peut être un patient en fin de vie où on donne le numéro de portable ou alors ... j'ai un moyen détourné pour qu'on puisse m'appeler, c'est l'infirmière libérale qui a mon numéro de portable qui peut m'appeler, voilà.

Est-ce que cette multiplication des moyens de communication a déjà pu vous faire sentir oppressé... ?

Si on reste qu'au patient, non.

(éternuements) Désolé, pour les bruits insolites.

(rires) C'est pas grave ! Une question par rapport aux réseaux sociaux, comment vous positionnez-vous ? Est-ce que certains patients ont déjà fait appel à vous par ce biais ?

Oui, c'est exceptionnel aussi, Messenger, Facebook Messenger, pour communiquer, pour me demander un RDV, pour me demander quelque chose. Mais c'est exceptionnel quand même, ça arrive une fois tous les 6 mois.

Et comment répondez-vous ? Positivement ou négativement ?

Ben je réponds, sauf si c'est quelqu'un qui me fait ch...ier, oui sinon euh...

Pour les demandes d'amis, y'en a certains que j'ai refusés et y'en a certains que j'ai acceptés parce que des fois, ça devient quand même... je vais pas dire que ça devient des amis c'est quand même des gens qu'on côtoie un petit peu mieux ou différemment... En l'occurrence, là, j'ai un photographe que j'ai en amis, c'est pas pour la santé mais c'est plus pour voir ses photos pour voir euh, et puis alors de temps en temps c'est pour avoir des échanges mais voilà ça s'arrête là hein. Euh, je suis quand même très très peu sollicité par Facebook. Ça me dérange pas, je suis un peu Geek sur les bords (rires).

Alors, vous sentez-vous plus investi ou plus proche de certains patients que vous ne connaissiez pas en dehors de votre exercice médical ? De quelle manière ?

Euh, on peut me reformuler ...

Oui, bien sûr. Est-ce qu'il y a certains de vos patients, que vous avez appris à connaître au travers de votre activité professionnelle, pour lesquels vous vous sentez plus investi ou plus proches ?

Ben oui, pfff oui, j'ai en l'occurrence une situation là en tête, euh d'un patient qui a à peu près mon âge, peut-être un petit poil de plus, non peut-être quand même mon âge et euh... des fois, quand on lui trouve une cochonnerie, ben on est quand même plutôt emmerdé, emmerdé... ça nous affecte quelque part au niveau émotionnel et ... ben là en l'occurrence, j'ai un patient d'une cinquantaine d'années chez qui euh, on a trouvé pleins de ganglions au niveau lombo-aortiques dans le cadre d'un bilan de lombalgies et puis finalement il s'avère, j'ai eu le résultat là tout à l'heure, c'est probablement un cancer de l'estomac métastatique... Alors c'est quand même des fois... ben pfff... il y a des gens qu'on aime bien et puis ça fait, oui je dirais vulgairement, ça fait chier qu'ils soient malades. Euh ça, effectivement, donc je dirais effectivement on s'attache à des patients. Alors, c'est pas plus difficile de les suivre, là, je me suis même pas posé la question mais ... ben c'est pas plus difficile, il faut ... ben, émotionnellement ça ... y'a... c'est peut-être un petit peu différent. J'ai pas de difficultés à me positionner mais on est quand même un petit peu affecté, comme si quelqu'un de votre âge euh, une copine de lycée ou je sais pas quoi, on trouve une cochonnerie ben quelque part ça affecte... Je ferais un petit peu ce comparatif.

L'émotionnel prend parfois le dessus lors de consultation avec des patients que vous connaissez bien ?

Ben, je pense qu'il faut, il faut arriver à le gérer, c'est pas toujours facile.

Qu'est-ce qui est difficile pour vous ?

Ben de gérer ses propres émotions face au patient... Des fois, on aime bien le bloquer mais je pense que les patients ressentent quand même ; il se passe des fois quelque chose entre deux personnes, on sait pas toujours quoi, est-ce que c'est la physique quantique qui joue, est-ce que c'est ? ... voilà... mais je pense que quand il y a une discussion entre deux personnes, entre nous deux, là, des fois il se passe des choses euh... ben voilà, des fois, on sait pas toujours quoi, mais il se passe peut-être quelque chose...

Ce sont des choses auxquelles vous avez tendance à repenser en dehors de la pratique professionnelle, qui vous affectent en dehors ?

Oui, c'est des choses auxquelles on peut repenser, oui effectivement, quand on va se balader en forêt ou le soir en se couchant ou ... c'est des choses qui affectent un petit peu.

Selon votre propre expérience, en quoi les liens de proximité créés entre médecin et patients impactent-ils la relation de soins ? Peuvent-ils la rendre plus facile ? Plus difficile ?

Ça peut devenir plus difficile mais plus ... pfff, plus facile je suis pas convaincu, mais ça peut devenir plus difficile et c'est là où j'insiste, il faut garder sa tête de médecin pendant le temps de la consultation.

A vos yeux, cela peut-il... (interruption quelques secondes, entrée d'une personne dans la pièce) améliorer ou non la relation de soins ?

Ben je pense que ça peut l'améliorer oui ... ça peut améliorer mais ça peut aussi des fois compliquer les choses. Ben je pense, j'aurais tendance à dire améliorer, ouais je dirais plutôt améliorer mais la complexifier c'est si on sait que, pfff ouais, j'ai pas en tête mais je dirais peut-être au hasard, si c'est un type qui a tendance à picoler un petit peu, qui est trop festif euh... on peut être biaisé dans ces situations de proximité et euh, il faut rester impartial.

Auriez-vous un exemple d'un patient que vous connaissez maintenant bien et avec qui le suivi est devenu plus difficile au fil du temps ?

Non, je dirai globalement que j'ai pas de difficultés.

Vous est-il déjà arrivé de réaliser des actes de « convenance » ? Cela vous arrive-t-il plus fréquemment quand vous connaissez bien les personnes ?

Ça m'est arrivé une fois... C'était une personne, enfin c'était surtout son conjoint que je connaissais bien qui est une infirmière, j'ai été un peu trop gentil avec eux, c'était presque un acte de complaisance, oui... (silence) Par contre, les certificats c'est Niet ! J'en ai encore parlé ce matin, il faut être catégorique, rigoureux et, F-M-P-C « Faits Médicaux personnellement constatés » et il faut que ça soit ... euh sinon, ça peut jouer des tours. Ça c'est clair et récemment on m'a demandé quelque chose, j'ai dit « Niet, il en est hors de question, ça je ne peux pas faire », je sais plus ce que c'était mais c'était un « Non » catégorique. Avec les personnes que je connais bien ça peut être plus difficile, j'ai plus l'exemple en tête, mais c'était tout récent, euh ... ah oui, je me rappelle, c'était un monsieur qui me demandait presque un certificat de complaisance, le monsieur, ancien policier qui côtoie des avocats, qui côtoie des voilà ... qui me demandait un certificat presque de complaisance euh... pour euh... pour son fils... c'était un monsieur que je connaissais qui était sympathique, voilà ... mais je lui ai dit un « non » catégorique.

Avez-vous déjà éprouvé des difficultés à vous positionner avec certains patients, face à des demandes inappropriées ? Des signes d'attachement ? Des recherches de séduction, d'amitié ?

Non, ça ne m'est jamais arrivé. Euh, là oui, c'est plutôt un non catégorique. Avec un patient que ...euh... j'ai pas d'affinités ou ben c'est tout, mais sinon, non. Ça me perturberait mais non, j'ai pas vécu.

Et face à des situations particulières telles que les cadeaux, les invitations ? Comment réagissez-vous ?

Ben les cadeaux, on en reçoit de temps en temps, alors c'est, je dirais le cadeau, c'est quand même une marque de confiance du patient après si c'est un cadeau qui reste dans la limite du raisonnable, je dirais « pourquoi pas ? » Après si c'est mille euros, ben là c'est plus du raisonnable. Euh voilà, juste pour donner une idée si c'est une boîte de chocolats ou un pot de miel ou quelque chose de ce type, ben là ça ne me pose pas de problème. Jamais d'invitation, mais j'ai eu récemment euh un cadeau, un beau livre (regarde son portable qui vibre) euh d'un patient, suite au décès d'un patient que je suivais depuis 20 ans, c'est tout hein. Après, y'en a pas tant que ça... Pour moi, c'est une marque d'amitié du patient et une marque de reconnaissance du patient et de l'entourage.

Dans le cas des visites à domicile, ce lien relationnel est-il plus facile ou plus difficile à gérer ? Cela favorise-t-il les liens de proximité ?

J'aurais tendance à dire non mais euh ... si on le découvre, le domicile du patient, je dirais peut-être, mais pfff, je dirais peut-être plutôt non. Dans le cadre du suivi, ça change rien non plus.

En tant que médecin généraliste, amené à suivre des patients sur le long terme, pensez-vous que les liens de proximité créés avec certains patients sont plus ou moins faciles à gérer, au fil du temps ?

Non, ça ne change pas, ça change pas. Après, je pense que c'est l'expérience qui fait qu'on gère mieux certaines situations, ça c'est sûr, ça m'a permis d'évoluer.

Des fois, on se met des règles tout seul mais on s'en rend pas forcément compte.

Quels sont, à vos yeux, les risques d'une perte de distance entre médecin et patients au fil du temps ?

C'est une rupture de la relation médecin-patient, si on est trop dans la sympathie, trop proche, on n'est plus dans l'empathie et si on est trop dans la sympathie, ben on peut être affecté par les émotions du patient. C'est surtout sur le plan émotionnel, après on peut mal, du coup, c'est sûr qu'on peut être perturbé au niveau du soin, euh si on est trop dans l'émotionnel, on peut ne plus être suffisamment objectif.

Parlez-vous ou avez-vous pu ressentir le besoin de parler des problèmes que vous avez pu rencontrer à ce niveau avec des patients ? Ou au contraire, est-ce difficile à aborder ? Pourquoi ?

Oui, bien sûr, ah oui c'est sûr que des difficultés on en a, moi j'ai en tête un patient que j'aime pas et j'en ai déjà parlé à des collègues et puis à ma conjointe mais oui, mais c'est sûr je crois que c'est important d'en parler, quand on a des difficultés relationnelles ou autres... après y'a pas forcément d'autres solutions mais bon euh... je crois qu'il est important de parler de ces difficultés pour progresser. Par contre, je n'ai jamais transmis le relais à un confrère.

Les groupes de paroles, je fais pas des vrais groupes de paroles mais des groupes de pairs mais groupes de parole en quelque sorte. Voilà.

Vous est-il déjà arrivé de vous sentir submergé par ce genre de problématiques avec les patients ?

Non. Non, non.

**Pour terminer, je voulais vous demander quelle est votre propre définition de la « juste proximité » dans la relation médecin-patients ?
Quels pourraient-être vos conseils pour les jeunes médecins ?**

(silence) Question difficile hein ... euh, la juste proximité, ben je crois qu'il faut ... alors, c'est ce que j'ai encore dit ce matin en ETM, si on soigne une connaissance, il faut garder un quart d'heure de sa casquette de médecin et ensuite basculer effectivement sur tout ce qu'on veut, autre, mais je pense que euh... il faut rester, il faut rester médecin pendant un temps certain et ensuite, ben voilà, pourquoi pas parler d'autre chose et euh il faut consacrer, il faut rester à l'écoute surtout, garder ce cadre, rester à l'écoute. Alors, moi oui je, alors ça c'est primordial et c'est de rester à l'écoute mais faut aussi entendre ce que dit le patient pour euh... la petite histoire, si je peux en raconter une ... Il y a quelques années, en 2010, euh...avec une jeune consœur, j'avais un petit problème de santé et on n'avait pas encore mis d'étiquette dessus et je lui dis comme ça, au coin de porte, pfff, oui c'était effectivement un vendredi soir comme ça et je lui ai dit au coin de la porte, « il faudra peut-être quand même que je vienne te consulter », je lui ai dit ça comme ça parce que j'avais des vertiges, j'avais un peu mal à la tête, un peu plus que d'habitude et puis euh ... et alors, est-ce que moi je n'étais pas suffisamment euh... incisif auprès d'elle ou est-ce qu'elle n'était pas suffisamment dans l'écoute ? ben finalement, ben le lundi j'étais hospitalisé, bon c'était rien de grave mais je crois que il faut rester à l'écoute et alors le plus dur c'est de soigner un confrère.

Et Vous pensez que le fait qu'elle vous connaisse a pu influencer justement ?

Ah ben ça certainement, ben oui c'est évident et puis c'était vendredi soir elle avait peut-être envie de rentrer et puis moi peut-être aussi et j'avais peut-être envie aussi de parler de ce que je ressens et je crois que, alors ça, je crois que c'est quelque chose d'important, c'est si un médecin dit quelque chose, ou si vous travaillez en groupe, si un collègue vous dit quelque chose mais je crois que des fois faut se dire « ah merde, attention là, il m'a dit quelque chose, est-ce que c'est pas un appel, est-ce que c'est pas, on me tend une perche pour demander quelque chose ? », alors ça c'est plus effectivement par rapport aux soins d'un très proche ou un collègue. Alors l'écoute ça me paraît, primordial, de manière globale et plus encore si c'est un médecin, il faut écouter les petits maux (mots ?) qu'on dit et je pense aussi des fois au regard et à l'attitude. Le non verbal, ça oui.

Et pour terminer aussi je dirais, ce qui peut être important pour un médecin ou un jeune médecin, c'est de faire des formations...euh j'ai quand même fait quelques séminaires de PNL, Programmation Neuro-Linguistique, c'est un truc un peu barbare, y'en a certains qui appellent ça des sectes... pfff, moi j'en sais rien si c'est une secte mais j'y crois pas, c'est des formations sur la communication et sur son développement personnel, et je crois que de temps en temps, c'est important de se retrouver et puis de discuter, ben voilà, de son vécu personnel.

Au final, les liens de proximité, je pense, c'est sûr que ça peut être compliqué pour des jeunes médecins, il faut un peu d'expérience. Voilà.

Merci beaucoup.

Une fois l'enregistrement coupé « Un entretien comme ça, je pense que ça peut être thérapeutique ... »

ENTRETIEN N°4 – 10/06/2016	Milieu de journée de consultations
34 minutes	Au cabinet de l'interviewé(e)

Tout d'abord, j'aurais aimé discuter avec vous de la relation médecin-patient de manière générale, comment l'envisagez-vous ? Sur quoi est-elle principalement basée pour vous ?

Pffff... Comment répondre à une question aussi large... bon ce qui me vient en premier, c'est quand je pose cette question aux étudiants, la réponse est, c'est basé sur la confiance, alors ma réponse c'est la confiance de qui ? envers qui ? et donc euh, je pense qu'on ne pense pas qu'on puisse faire confiance aux patients et si on ne fait pas confiance aux patients, on ne peut pas faire notre métier et que la confiance du patient elle se mérite, elle se construit et que certaines fois elle est soluble dans la dist-, plutôt dans la durée quoi. Ben ...on a l'impression qu'elle est acquise pour toujours, et ben c'est pas vrai. Et je dirais moi ici le quart-monde, un mot de travers et vous savez même pas quel mot de travers vous avez dit, 10 ans de confiance et ça s'effondre du jour au lendemain et vous savez pas pourquoi, donc il faut le savoir et que c'est pas, une confiance elle est pas gagnée pour le reste de la vie, ça je pense pas du tout euh... après la relation euh, moi je pense que la

relation là où c'est compliqué c'est que y'a quelqu'un en face de soi qui a une manière de penser, un mode de vie, une représentation de voilà et nous on a aussi un mode de pensée, des représentations et comment ces deux entités là se rencontrent et comment est-ce qu'on accède à ce que le patient pense, comment il vit les choses... etc... parce que sinon on va projeter sur lui notre manière de penser et ça c'est sûr que ça fonctionne pas.

Quel type de positionnement adoptez-vous : paternaliste ? Explicatif ? Autre ?

Ni l'un ni l'autre si je peux me permettre, euh... explicatif là, enfin ça, c'est en voyant travailler les internes, vous parlez mille fois trop. Moi, je pense qu'il faut qu'on se taise et qu'on laisse les gens dire ce qu'ils ressentent, quelles sont les questions qu'ils ont envie et euh... parce que sinon, on est juste dans la projection de ce qu'on a euh, de ce qu'ils peuvent penser, alors je dirais par là, bon alors j'ai deux, un exemple qui est tellement caractéristique enfin tellement caricatural mais du coup, je pense qu'il est extrêmement parlant. J'ai une dame qui vient parce qu'elle dort pas, bon elle vient accompagnée de son mari et tout ça, je vais juste sortir du contexte, et l'interne demande « et la télé le soir jusqu'à quelle heure ? vous buvez beaucoup de café ? etc » puis quand je sens qu'il s'enlise un peu trop je dis « mais vous dormez où ? » et cette dame elle dormait dans un parc donc qu'elle ne puisse pas dormir ... mais c'est notre représentation à nous que forcément, on va regarder la télé le soir, avec un café, etc et que ensuite on dort dans un lit donc si on dort pas bien c'est un autre problème et donc là si elle dort pas bien, c'est qu'elle est dans un parc et qu'elle se fait du souci sur sa situation et comment on accède à ça si on est juste centré sur notre propre manière de penser les choses ? Et ça je trouve que c'est très difficile. Alors, après been comment est-ce qu'on peut être dans l'explication, c'est la même chose l'explication, si j'explique à un patient diabétique ce que c'est que l'hémoglobine glyquée ou je ne sais quoi et que lui il se représente le diabète comme euh... bon là j'ai pas de représentation, enfin tout à fait autrement, ben ce que je vais lui expliquer ça a rien à voir avec comment il se représente les choses et du coup ça sert à rien, j'aurai parlé pendant dix minutes pour ne rien dire, enfin, et on le voit bien les gens décrochent au bout de, très très rapidement. Et du coup, quand on essaye d'enregistrer les consultations, on se rend compte que les gens nous ont tend plein plein de perches et qu'on les a pas entendus parce qu'on est juste en train de penser à qu'est-ce qu'il faut qu'on leur explique, qu'est-ce qu'il faut qu'on leur dise, qu'est-ce qu'il faut qu'on fasse et on n'est pas du tout présent aux gens et c'est pas du tout euh... après je sais bien que y'a trois modèles qui ont été décrits, paternaliste, machin quoi, négociation, et puis partenariat... c'est bien pour essayer de faire comprendre un peu les choses mais voilà c'est, moi ce qui m'importe c'est la rencontre, Balint parlait de rencontre, si y'a pas de rencontre et ben il peut rien se passer.

Si je comprends bien, c'est l'ouverture envers le patient, savoir l'entendre ? ...

On peut traduire ça comme ça, c'est l'entendre et être attentif, parce que c'est pas seulement ce qu'il dit, c'est aussi quelqu'un qui va pas bien, sentir au son de sa voix, la manière dont il se positionne, y'a quelque chose qui lui convient pas ou qui va pas parce que sinon, on peut faire toute une consultation sur son mal de tête et en fait il était venu, ou elle était venue parce que son mari la bat et qu'il y'a d'autres soucis hein, et on peut passer complètement à côté de ça. Donc le non-verbal, oui.

Pour vous, est-il important de maintenir une distance entre patient et médecin quoiqu'il arrive ou si la distance s'adapte à la situation ? Avez-vous dû cadrer, fixer des limites dans la relation médecin-patient ?

C'est drôle parce que dans vos questions, c'est comme si c'est toujours le patient qui transgresse et peut-être que c'est le médecin qui transgresse la bonne distance...

Ah je ne pars pas avec des aprioris sur ce point, justement je m'intéresse à votre expérience, votre vécu...

Non, mais ben si je dois recadrer peut-être des fois c'est les patients qui nous recadrent.

Je parle du cadre ou des limites que vous auriez pu vous fixer personnellement.

Ben moi j'ai dû m'en fixer, par exemple avec ces gens qui dorment dehors, c'était très difficile à certains moments de me dire « ben pourquoi est-ce que je les emmène pas dormir chez moi ? » hein, quand je sais bien que c'est ça le problème, que y'a des enfants à la rue, que ils savent pas où ils vont être hébergés, c'est terrible hein, que ils ont pas mangé depuis 4 jours alors que moi je sais que je suis dans l'opulence, « pourquoi je les laisse dehors, pourquoi je les emmène pas ? », « c'est quoi la limite qu'on se fixe ? », c'est une limite qu'on ?? pas heureusement à se poser la question trop souvent mais enfin c'est quand même une sacrée limite. Après euh, moi j'avais une formation avec les Québécois, je sais plus y'avait une dame qui avait écrit, Mme W. je crois elle s'appelle, sur l'échelle de la bonne distance et des choses qu'on peut transgresser comme ça, enfin des transgressions banales à des transgressions plus graves, donc la dernière est, en tout cas au Québec il est hors, au Canada il est hors de question d'avoir des relations sexuelles avec ses patients, c'est, c'est, c'est la mise en cause de son permis de pratique donc... En France, on va pas jusque-là mais, et c'est recommandé de surtout pas le faire donc euh, l'idée c'est moi je me rends compte, ben forcément cette histoire de distance, elle est pas fixée une fois pour toutes, elle est variable selon les patients, enfin dans ma tête à moi et c'est quelque chose que l'on ressent, on ressent surtout quand on est allé trop loin, ou quand on en a trop fait. Par exemple,

moi au début, il y a des patients qui fallait emmener à l'hôpital et puis ils savaient pas comment y aller, ben je les ai emmenés dans ma voiture et en fait, une fois qu'ils étaient dans ma voiture c'est comme si ils étaient rentrés dans ma bulle et c'était juste insupportable il fallait que voilà bon... j'allais pas les laisser au milieu du chemin, j'allais jusqu'au bout et donc dans ce qu'elle disait Mme W., c'est que le voiturage, enfin le fait d'emmener quelqu'un dans sa voiture, c'est transgresser, enfin c'est abolir une certaine limite, c'est transgresser une distance. Après, la question « quand est-ce que ça a pu m'arriver ? » ... Je sais que je suis pas à l'aise de le faire mais je ne dis pas que si je me retrouve dans une situation avec quelqu'un qui est vraiment dans la misère, je sais pas si je le referai pas même si je sais que je suis pas à l'aise dans cette situation-là. Après, bon y'a des patients qui nous ont invité à manger à midi, ça fait aussi partie des choses qu'il faudrait normalement pas faire, mais y'a des gens chez qui je vais et je sens que c'est leur, ça fait partie des choses qui leur font plaisir, moi ça me coûte pas grand-chose, ça me permet aussi d'emmener des internes ou d'autres gens enfin c'est pas juste moi, c'est euh, voilà, c'est aussi une manière pour eux de payer une dette, voilà, ça me gêne pas... alors ça dépend qui, je n'accepterai pas de n'importe qui (la chaise grince, rires). Alors y'a ça, après y'a le tutoiement. Le tutoiement, alors ça fait longtemps qu'on tutoie pas mal les gens ici.

Plutôt culturellement ?

Alors pas du tout, parce que nous dans notre culture, c'est parce que leur culture ils tutoient parce que le vouvoiement est compliqué à ... que moi je vais les tutoyer en retour, mais euh, on en avait parlé en groupe balint avec un psychiatre et il avait dit qu'en fait c'était un super cadeau que de les tutoyer ; et pour moi, c'est, y'a déjà une telle distance culturelle entre nous qui est ben du fait qu'ils sont le plus souvent d'une autre origine et sinon une distance culturelle ou d'éducation, le tutoiement permet de réduire cette distance. Mais c'est aussi compliqué parce que y'a des gens que je peux tutoyer, ça pose aucun problème et, puisque même s'ils me tutoyaient ça me poserait pas de souci, enfin y'en a même qui me tutoient, ça me gêne pas et puis y'en a je supporte pas qu'ils me tutoient, donc ceux-là je les vouvoie, enfin voilà c'est aussi réajuster avec chaque personne. Après c'est compliqué parce que y'a des gens que j'ai tutoyés dans un moment, puis je les revois dans un moment plus tard et je les r'vouvoie et donc là, quand c'est pas des gens que je vois tout le temps qui ont une pathologie chronique... Je pense que je vouv-, euh tutoie moins que je ne tutoyais au début mais euh... au fil du temps.

Pour vous, le vouvoiement c'est une forme de distance ?

A mon avis, c'est pas la même fonction en fonction des patients. Des toxicomanes qui essayent comme ça, d'être très enveloppants, séducteurs et tout ça ; là c'est « Vous » et je ne dérogerai pas du « Vous », pour là ça remet vraiment un cadre, après d'autres gens, c'est une marque de respect euh ouais, je sais pas, non c'est pas forcément euh, juste ajuster une bonne distance comme ça systématiquement.

Et du coup, continuez-vous de tutoyer à l'âge adulte les patients que vous avez suivis durant leur enfance ou adolescence ?

En général, je pense que je les tutoie parce que j'ai pas de, parce que en fait le souci c'est qu'on est aussi dans une structure où les gens tournent pas mal donc euh, quand les gens n'ont pas une pathologie très définie probablement qu'ils tournent entre nous et du coup, il peut y avoir des longs moments où je les vois pas et donc l'adolescent on l'a pas forcément beaucoup vu et donc je peux oublier que je l'ai tutoyé quand il était plus jeune et si je le revois 10 ans après, je vais le vouvoyer quoi, c'est pas figé. A moins qu'il y ait eu une histoire particulière avec un adolescent ou quelque chose mais probablement c'est plus comme ça que ça se passe quoi.

Vous est-il possible d'être jointe par les patients en dehors du numéro du cabinet médical ? Par mail ? Par portable ?

Alors, par mail, oui, j'ai quelques copains que je suis qui ont, ça m'énerve, mais bon voilà, enfin ça m'énerve parce que les demandes m'énervent et euh, par téléphone, alors j'ai quelques patients à qui j'ai laissé mon numéro de portable euh ... alors je l'ai beaucoup fait pour des patients russophones parce que ben, je voyais pas comment ils allaient appeler ma secrétaire ; mais en fait des gens qu'abusent j'ai jamais eu, franchement je suis très très peu appelée, très peu sollicitée par ce moyen là et puis là, y'a une famille où la grand-mère va pas bien et en fait ils m'appellent par, en fait ils m'envoient des messages par SMS pour, je trouve ça très discret quoi, parce que ça me laisse le temps et ça me dérange pas.

Vous êtes-vous déjà sentie oppressée par cette multiplication des moyens de communication ?

Ben mail euh, en fait mes patients ils ont pas mon mail globalement, pour être bien claire.

Une petite question par rapport aux réseaux sociaux, comment vous positionnez-vous ? Certains patients ont-ils déjà fait appel à vous par ce biais ?

Alors, bon moi je suis pas trop sur les réseaux sociaux, mais j'ai une adresse Facebook alors j'ai vu que y'a des patients qui m'ont demandé en amie et puis j'ai jamais répondu et puis c'est tout hein. Après, de toute façon, je vais pas m'en servir pour étaler ma vie privée donc euh... De toute façon, se servir du Facebook pour aller raconter ce qu'on a mangé la veille, avec qui on était ce matin, je trouve quand même que c'est un peu étrange comme ... (rires) Mais bon, peut-être je suis vieux-jeu aussi et un peu technopathe.

Vous arrive-t-il de rencontrer vos patients en dehors du contexte médical ? Quel contexte : vie quotidienne ? Loisirs, autres ?

(rires) *Je déteste ça et euh par exemple je ne vais pas à la piscine de K. parce que euh, c'est la piscine juste à côté et j'ai des patients qui sont maîtres-nageurs, ou qui sont surveillants et donc euh, il est hors de question qu'ils me voient en maillot de bain ou voilà ... je vais pas non plus faire mes courses à A. parce que j'ai croisé des patients de là, je sais que les patients ils adorent ça, ils sont super contents de croiser leur docteur en ville et tout ça, moi je déteste ça.*

Pourquoi ?

Ben je me suis posée la question parce que c'est des gens que j'aime bien et tout ça, c'est pas là la question mais c'est, tout d'un coup, j'ai l'impression d'être envahie dans mon espace privé et puis euh... je pense que quand même quand on est médecin, on est en représentation et je suis pas prête à être dans ce type de représentation quand je me balade en ville, que je vais au cinéma, que je vais marcher ou j'sais pas quoi. Y'a vie pro et vie privée.

Et le choix de votre lieu d'habitation, est-ce un choix par rapport à votre lieu de travail ?

Non, j'ai choisi de venir travailler ici mais je me suis posée à un moment donné de venir habiter ici mais je me suis dit que ... d'abord, je me disais que je veux pas imposer ça à ma fille et puis ensuite voilà, aujourd'hui je suis très contente de pas l'avoir fait et puis euh, c'est bien de séparer ce temps-là du reste.

Vous sentez-vous plus proche ou plus investie pour certains patients ? Et pourquoi ? Avez-vous des exemples particuliers ?

Ah ben des gens dont je suis proche, alors je sais pas si on peut appeler ça proche mais c'est sûr qu'il y a des gens avec qui j'ai construit une histoire qui a 30 ans et c'est une histoire qui a 30 ans, c'est ... je sais là maintenant que je commence à me dire je vais partir et ben je me dis toutes leurs histoires, tout ce que je sais d'eux, ben que ça ça va disparaître quand cette relation-là va disparaître quoi, c'est pas ... maintenant, je sais aussi que quand je suis partie en vacances, je pense pas à tous ces gens-là et puis aussi le jour où je serai à la retraite, je pense que je vais les oublier aussi vite que voilà...c'est pas des amis mais par contre je pense que, là j'ai eu 4 décès en quelques mois, ça, ça me , ça m'écorche, enfin ça me griffe, c'est pas, ça passe pas tout seul c'est ... Ben y'a un monsieur que je connaissais depuis 16 ans je crois enfin, à peu près, et avec qui on a fait plein de trucs, enfin voilà y'a eu toute une histoire de vie et puis c'est ... Une dame aussi que je connais depuis 25 ans, toute son histoire, enfin voilà c'est ... C'est peut-être quand il y a eu des événements de vie importants ou des..., que on est passé par des moments forts entre nous quoi qui ont ...dans la relation.

Selon votre expérience, en quoi le fait de devenir plus proche d'un patient impacte-t-il la relation de soins ? Est-ce plus facile, Plus difficile ?

Les deux à la fois ?

Moi, j'ai des exemples où je pense que ça impacte la relation de soins, c'est-à-dire que moi j'arrive pas à penser à des choses graves, enfin j'arrive à y penser suffisamment ou voilà. Donc il peut peut-être me falloir un peu plus de temps pour penser que tiens, elle a, euh la chose la plus caractéristique, c'est euh, j'ai une patiente toxicomane qui toussait et sa toux passait pas, elle fumait et moi j'ai même pas penser au cancer du poumon enfin, bon avec le recul. Alors trois semaines après elle est vue par une de mes remplaçantes qui fait faire une radio et puis le diagnostic est fait, bon y'a quasiment pas eu de perte de chances etc mais je me suis dit ça c'est, bon c'est très bien pour elle qu'elle se soit, enfin qu'elle ait été vue par quelqu'un d'autre mais je ... pas le problème que j'aurais fini par y penser que donc le délai de diagnostic, il est pas si long et pas si grave mais enfin voilà c'est ...

Et du coup, comment le vivez-vous dans ce cas-là ?

Ben, de toutes façons des diagnostics graves on en a pas tous les jours et finalement dans la vie des gens ça n'arrive pas si souvent et peut-être aussi que le fait d'être proche ça peut aider à tenir, à aller mieux, à mieux tolérer une douleur ; y'a des études qui montrent qu'une relation de confiance et ben ça améliore le taux de glycémie, la tolérance à la douleur, l'hypertension... Donc finalement tous ces éléments positifs c'est plus difficile à mettre en évidence ben que un diagnostic loupé, du coup euh, et puis des diagnostics loupés, d'abord on en a tous , voilà donc du coup ben ... Et puis moi c'est comme ça que j'aime bien travailler, je vais pas changer quoi que ce soit à ça ; à chaque fois je me dis bon, peut-être qu'il faut quand même être plus attentif et, mais je peux pas changer ma manière de travailler.

Vous est-il déjà arrivé de réaliser des actes de convenue ?

Bien sûr, y'en a qui vous ont déjà répondu non ? Souvent il y a une demande et après si on le fait ?... Là où c'est difficile c'est quand j'ai l'impression que les gens, j'ai un monsieur qui m'offre un jour un collier et dans la foulée il me demande un arrêt de travail, j'ai eu le sentiment qu'il essaye de m'acheter enfin, bon le collier c'était un collier de trois fois rien c'est pas, c'était pas quelque chose de grande valeur, j'avais l'impression qu'il essayait de enfin que le comportement, enfin c'est son comportement qui m'a dérangé, maintenant après euh, moi j'ai pas non plus tellement l'impression que les gens ils aient des demandes tellement, tellement abusives ou ...On pense toujours aux arrêts de travail mais comme si un arrêt de travail était toujours abusif, y'a quand même quelque chose dans notre société autour de l'arrêt de travail qui va pas bien . Les gens, moi je dirais que les gens, ils travaillent trop et ils s'abîment trop la santé et que ça on les arrête pas assez, en fait... les

gens font un travail qui est physique et usant pour leur santé, ici à 50 ans les gens ils sont vieux, ils ont un dos foutu. Et après, on dit qu'ils abusent des arrêts de travail, moi je dis qu'on abuse de leur force physique ou je sais pas ... Bon après je peux avoir des demandes de prescription de médicaments pour des gens qui sont restés au pays et tout ça, ben ça je refuse en général, bon si c'est du Doliprane, ça ne me dérange pas, mais en général c'est pas ça. Et j'ai pas l'impression... en fait quand la relation elle est de qualité, les gens disent « voilà, je vous demande ça, ça m'arrangerait que vous le fassiez mais si vous voulez pas le faire, je comprendrai que vous refusiez », vous voyez donc y'a pas non plus cette espèce de pression dedans, dans ces cas-là je trouve que c'est correct quoi.

Auriez-vous des exemples concrets de cas où vous auriez éprouvé des difficultés à vous positionner avec certains patients ?

Ah oui bien sûr, ça arrive régulièrement, je pense notamment à un monsieur qui est très comme ça dans la séduction, c'est euh et je pense euh... alors après c'est drôle parce qu'après il a été vu par mon interne il a été très dans la séduction à tel point qu'elle en pouvait plus, elle avait dit à la secrétaire « je ne veux plus ja-mais le revoir », bon j'ai pas ... bon comme les choses étaient pas vraiment dites, c'était pas très clair euh, les choses ont un peu tourné comme ça et puis ... et puis là vous voyez, il suffit juste de retirer la chaise de dix centimètres (rires) ben là, vous augmentez juste physiquement la distance et puis les gens ils le sentent hein.

Donc pour vous il existe un lien entre la distance physique et la distance relationnelle ?

Ah ben je pense qu'en plus, c'est quelque chose qu'on fait assez spontanément, on le fait de manière inconsciente. Bon y'a eu, si y'a eu un monsieur à qui j'ai dû une fois taper sur les mains mais... parce qu'il essayait de me toucher de partout... Je pense qu'il a cessé de me voir celui-là... bon moi, une fois que j'avais dit ce que j'avais à di-, enfin que j'avais manifesté ce que j'avais à manifester, ça me dérangeait pas, j'étais plus ennuyée que chez le, parce que chez moi il avait 200/140 de tension, chez le cardiologue, il avait 140/70 donc euh, quand même à un moment donné, on peut se demander si c'est possible de traiter les gens dans ces conditions-là, car ça devient très compliqué.

Dans le cas des visites à domicile, pour vous, l'aspect relationnel est plus facile ou difficile à gérer ?

Je dirais que c'est plus difficile parce que je suis fatiguée de faire des visites à domicile et que du coup, c'est compliqué de trouver le temps et tout ça... ben forcément, j'en veux aux gens de m'appeler le soir alors que j'ai envie de rentrer, ou que je suis invitée ou que j'ai autre chose à faire quoi, ou que j'ai une réunion et du coup, ça va impacter la relation forcément si leur demande me dérange au moment où ils la font, forcément c'est compliqué. Ça peut un peu envahir la relation, l'espace relationnel.

Pour vous, la proximité créée avec certains patients est-elle ou non une chose plus facile à gérer au fil du temps ?

Non, c'est pas, j'ai pas trouvé... en fait, probablement que si on est à l'aise avec ce qu'on est, sa fonction, son rôle voilà comme on est médecin et ben c'est pas si compliqué que ça quoi.

Ça s'améliore sûrement, je pense qu'au début, quand je vois les jeunes internes ils ont l'impression que « ouais, il me respecte pas, il me prend pas au sérieux » mais je dis « c'est pas le patient qui te prend pas au sérieux, c'est toi qui te prend pas au sérieux, c'est toi qui es pas sûr de toi, du coup dès que le patient pose une question et ben ça te renvoie à ton insécurité et euh... », voilà je pense plus ça que, oui et autre chose aussi, c'est que en vieillissant et en étant une vieille dame, c'est plus simple, les relations de séduction sont moins présentes, etc ... c'est sûr que c'est un intérêt de vieillir, on fait plus grand-mère et les grand-mères sont rassurantes je pense (rires) Enfin, les patients, ils croient me connaître et ils imaginent des choses de ce que je suis et voilà, mais bon... c'est un mode relationnel qui s'est construit...

Avez-vous déjà parlé ou pu ressentir le besoin de parler des problèmes que vous avez pu ressentir avec des patients au niveau relationnel ?

Si oui, A qui ?

Alors, j'ai longtemps fait partie d'un groupe Balint euh... ensuite j'ai fait partie d'un groupe de pairs où on peut éventuellement parler de ça et puis surtout les collègues ici, si ça va pas, je téléphone, je dis « est-ce que entre deux consultations tu as 5 minutes, j'aimerais parler d'un truc ... » Oui, oui ça m'est arrivé, tant pour des problèmes relationnels que bio-médicaux. Et alors, à la maison, j'essaie de pas ramener ça, mais j'ai une copine qui est psychologue du travail, ça peut m'arriver de lui demander un rendez-vous téléphonique, elle est plus à S. et lui dire que j'aimerais bien lui parler d'une situation ou une autre. Mais bon, en dehors, je ressasse de moins en moins, quasiment plus hein.

De manière globale, avez-vous déjà pu vous sentir submergée par ces problématiques durant votre pratique professionnelle ?

Oh... peut-être au début mais là vraiment c'est ... vraiment maintenant ça va bien.

Quelle est votre propre définition de la « juste proximité » dans la relation médecin-patient ? Comment, à vos yeux, conserver une proximité thérapeutique et quels seraient éventuellement vos conseils pour les jeunes médecins ?

Ma définition à moi c'est peut-être... appeler ça une distance, est-ce que c'est vraiment une distance ?

C'est pour cela que cette fois-ci j'ai précisé le mot « proximité » ?

Mais en fait, c'est pas non plus juste la proximité, parce que quand on est bien dans son rôle de médecin, ça va tout seul et quand cette distance a été trop, enfin quand quelque chose a été franchi, on va sentir et il faut se faire confiance dans le fait qu'on le ressent, et ce qu'on

ressent c'est juste et que, qu'il faut qu'on en tienne compte, on va ressentir qu'on a transgressé quelque chose mais après tout, on parle de trop de proximité, on parle jamais de trop d'éloignement. Et moi ça peut m'arriver aussi d'être trop éloignée de certaines personnes et de finalement tellement pas m'intéresser, ils m'énervent tellement ou je ne sais quoi, que je ne peux finalement plus m'intéresser à leur situation, enfin y'a tellement de distance que je peux pas m'intéresser à leur situation. Alors, je pense que ces deux éléments là sont à prendre en compte euh... voilà. Après moi vraiment, je pense que c'est quelque chose qu'on ressent très intimement, quand j'ai pris une décision de faire quelque chose et quand je me rends compte que ça ne me convient pas, que je ne suis pas à l'aise avec ça, je sais que j'ai été trop loin ou pas assez. Le ressenti est donc très important.

Vous m'avez parlé des risques d'une trop grande distance et que pensez-vous d'une perte de distance ? y'a-t-il des risques pour vous ?

Ben ce que je disais, c'est-à-dire qu'on peut zapper des diagnostics graves ou ... enfin c'est essentiellement ça et puis ne plus être capable de faire tout à fait correctement son métier ou ... Moi je me sens bien, mais peut-être qu'il pourrait y avoir des gens qui s'imaginent... on a pu déchaîner de la violence chez les patients toxicomanes quand y'a eu trop de proximité ou quand ils ont livré trop de choses d'eux-mêmes, voilà je pense qu'ils attendent enfin, à un moment donné peut-être que leurs défenses sont trop tombées et que c'est dans ces moments-là qu'ils peuvent devenir extrêmement violents, il faut qu'on fasse attention à ça en tout cas mais sinon, non. Peut-être aussi avec les patients érotomanes peut-être, où faut vraiment se mettre très très à l'abri. Mais du coup c'est sûr qu'à ce moment-là, on le voit pas bien mais on veut plus non plus le soigner hein, c'est clair. Il faut parfois passer le relai...

Je vous remercie

Hors micro, l'interviewée insiste sur deux points :

- A ses yeux, les limites sont aussi données par le patient. Il n'y a pas que le médecin qui cadre.
- Il peut y avoir des risques lors d'une « trop petite distance » (= plus grande proximité), mais tout autant lors d'une « trop grande distance ».

ENTRETIEN N°5 – 13/06/2016	Milieu de journée de congés
38 minutes	Au domicile de l'interviewé(e)

Tout d'abord, j'aurais aimé discuter de la relation médecin-patient, comment l'envisages-tu et sur quoi est-elle principalement basée pour toi ?

Alors, elle est basée sur la confiance, je leur dis aux gens « faut qu'ils me fassent confiance pour qu'ils puissent être soignés correctement » donc ouais, surtout ça et puis aussi du respect parce que j'ai eu du mal à me faire respecter quand j'ai repris le cabinet d'un vieil homme, enfin d'un vieil homme, non il partait à la retraite, 60 ans mais euh, une médecine à l'ancienne, un homme isolé, dévoué à ses patients, tout le temps au bout du fil qui court pour un oui, pour un non et qui dit jamais non pour rien, donc euh, ils sont passés de ça à une femme déjà donc très différent, ensuite une jeune et euh puis avec pas les mêmes pratiques médicales forcément, puisque lui c'était plutôt de la médecine à l'ancienne donc euh, quand on arrive qu'on dit non pour les antibiotiques, non pour l'arrêt de travail alors qu'ils étaient habitués, ben du coup les patients ont eu du mal donc c'était, je dirais euh, une bonne année pour arriver à les éduquer où j'ai beaucoup pris sur moi, c'était dur mais euh, maintenant ça paye, maintenant c'est super donc je suis contente.

Il faut le contraire aussi bien sûr, j'essaye de les respecter aussi mais c'est vrai que j'ai dû leur apprendre à me respecter, la difficulté était là et euh, et j'ai dû gagner leur confiance aussi parce que ça aussi c'était difficile, donc gagner leur respect et leur confiance.

Sinon, j'ai pas de schéma tout fait, c'est très dépendant du patient, donc maintenant je les connais et je sais euh, avec celui-là, ça va être plutôt maternel, paternaliste et avec celui-là ça va plutôt être je lui dis quoi faire, c'est comme ça, pas autrement et y'a pas le choix c'est pas négociable ; certains ont besoin plus ou moins entre guillemets d'être engueulés euh, c'est comme ça que ça marche et maintenant je le sais et avec d'autres je suis un peu plus souple parce que je sais que ça servirait à rien de négocier et vaut mieux qu'ils fassent un minimum, je vais pas contre mes pensées et ma façon de faire mais je sais qu'avec certains, il faut que je sois un peu plus souple donc ça dépend vraiment qui j'ai en face de moi.

Alors pour toi, est-il important de maintenir une distance entre médecin et patients quoiqu'il arrive ou la distance s'adapte-t-elle à la situation ?

Alors une distance quoiqu'il arrive, ça de toute façon, euh y'a certains patients qui ont commencé à me tutoyer, donc ça j'ai tout de suite dit non, euh il m'appelait par mon prénom, j'ai dit non aussi, après il me demande Madame, Mademoiselle ou docteur, j'ai dit ça je m'en fous c'est comme vous voulez mais pas me tutoyer, pas mon prénom ça je refuse. Donc, il faut qu'il y ait une distance ça c'est sûr euh mais après la distance elle est vraiment différente en fonction des patients. Ça s'adapte vraiment, en fonction de leur intellect surtout, y'en a qui arrivent bien à faire la part des choses eux-mêmes donc là on peut avoir une distance un peu plus, un peu moindre, une relation un peu plus amicale et puis avec d'autres il faut vraiment s'attacher à maintenir cette distance pour qu'ils confondent pas justement copine et médecin. Après aussi c'est une relation humaine, donc euh, un espèce de feeling qui se crée avec certains et pas d'autres, réciproque hein.

Pour toi, la distance physique vient-elle influencer sur cette distance relationnelle ?

Non, pas vraiment, c'est plutôt par les mots que physique.

Pour revenir sur le tutoiement dans la relation de soins, tutoies-tu toi-même certains de tes patients chroniques ou que tu as appris à connaître ?

Aucun, aucun. Parce que le tutoiement pour moi, c'est une relation amicale et c'est pas une relation amicale. Ça reste quand même, c'est mon métier avant tout, après si je dois créer un lien amical avec un patient, ce sera autre chose euh mais ce pour quoi ils viennent au cabinet euh, alors bien sûr si je les connaissais pas avant, parce que j'ai des amis qui viennent me voir donc évidemment, c'est mes amis avant tout, parce qu'ils étaient déjà mes amis avant. Mais non, les patients que je connaissais pas avant euh, moi je les tutoie pas et je veux pas qu'ils me tutoient non plus, y'en a qui prennent l'initiative de le faire et je mets les choses au clair tout de suite, je le verbalise, je leur explique pourquoi hein, c'est pas juste euh « on me tutoie pas », je leur explique pourquoi.

Et du coup, que représente le vouvoiement pour toi ?

Pfff, moi j'ai toujours eu du mal à tutoyer facilement donc je pense que ça va aussi avec ça. Par exemple, les médecins que je remplaçais, avant d'être moi-même titulaire, j'arrivais pas même si ils me disaient « on se tutoie, on se connaît depuis 5 ans, tu me remplaces », j'y arrivais jamais parce que pour moi, ça invoque quand même une forme de respect, de respect, de hiérarchie etc. A l'hôpital, c'était pareil, je veux dire à part mes co-internes, j'arrivais pas à tutoyer même le chef de clinique c'était difficile, fallait vraiment qu'on me reprenne à chaque fois. Donc euuuuh, ça s'est un peu dû je pense à mon éducation et donc euh, donc moi je peux pas accepter, il faut qu'il y ait une distance et puis aussi un respect et une espèce de hiérarchie aussi. Je ne voudrais pas non plus qu'une infirmière prenne la liberté de me tutoyer euh, sans me le demander, après j'ai les infirmière d'I. qui est mon fief, maintenant on se connaît bien, on a décidé d'un commun accord de se tutoyer, je pense même que c'est moi qui l'ai proposé mais par contre c'est réciproque, elles me tutoient, je les tutoie et voilà. Et mes remplaçantes, pareil, si moi je me permets de les tutoyer, je veux absolument qu'elles me tutoient, ça me viendrait pas à l'idée que, pour moi c'est des collègues, même si moi j'arrivais pas à le faire euh, voilà.

Continues-tu de tutoyer à l'âge adulte des patients que tu as suivi durant l'enfance ou l'adolescence ?

Alors, j'ai pas encore le cas dans ma pratique puisque je me suis installée depuis 2 ans, alors c'est vrai que quand j'ai des ados que j'ai pas connu enfants, souvent je me rends compte que j'utilise un peu les deux, souvent j'ai tendance à les tutoyer parce que pour moi c'est encore plutôt des enfants mais je me reprends souvent en me disant ils ont peut-être pas envie et c'est des espèces de pré-adultes donc y'a aucune raison que je les tutoie, je les vois pour la première fois, donc euh, j'essaye de les vouvoyer. Maintenant, j'ai des enfants que je suis, je pense que du jour au lendemain j'arriverai pas à les vouvoyer parce qu'ils ont 16, 18 ou 20 ans, donc la question se reposera plus tard, je pense que j'ai pas vraiment de réponse mais je pense que j'arriverai pas, peut-être que je leur poserai la question, quand ils seront ados, je leur dirai « voilà maintenant, vous devenez des adultes enfin, tu deviens un adulte, on se connaît depuis que t'es petit mais je peux te vouvoyer puisque t'es un adulte, comme tes parents que je vouvoie etc », je pense que je leur poserai la question et que ça dépendra de chacun, dans la communication.

Est-il possible pour les patients de te joindre en dehors du numéro du cabinet médical : mail ? portable ?

Hors de question, ça je coupe court, hors de question. Mail oui, alors j'ai un mail professionnel, alors je leur dis, si jamais en cas d'urgence je ne consulte pas mes mails tous les jours donc c'est pour une question ou un transfert de documents ou moi je m'en sers pour leur envoyer des choses, mais euh, sinon quand il y a quelque chose d'urgent, de médical c'est le téléphone et ils ont pour consigne si, ça ne répond pas, ils font le 15 pour demander ce qu'ils doivent faire, mais y'en a plein au début qui m'ont demandé « ah mais on n'a pas le téléphone du domicile... » parce que mon prédécesseur l'avait donné, je leur explique que non, le domicile c'est ma famille, c'est mes enfants, mais c'est pas mes patients et que par contre ils vont jamais mourir parce que y'a pas de médecin, donc euh, si jamais j'suis pas là qu'elle que soit l'heure du jour, de la

nuît, y'a quand même chez nous le téléphone qui est en continu de 9h à 19h quasiment tous les jours donc euh, et si une fois ça arrive qu'ils arrivent pas à me joindre euh, parce qu'on est tout le temps au téléphone ou parce qu'on a dû s'absenter ou qu'il est moins de 9h ou plus de 19h, je leur dis « vous mourrez jamais parce que je suis pas là, y'a toujours un médecin qui pourra vous répondre ». Ça je l'ai initié tout de suite, d'ailleurs j'avais même pas de mail au début, ça c'est venu après parce que je me suis rendue compte que c'était pratique et que ça pouvait servir à certains qui devaient me ramener un compte-rendu qui ont oublié, comme ça ils peuvent me mailer le soir et pas attendre la consult d'après. Ça a commencé comme ça et moi j'ai commencé à mailer des ordonnances pour les patients qui étaient en panne que je connaissais bien, ou des trucs que j'avais oublié de leur prescrire voilà donc je les appelle, ou un changement de posologie je maile juste une ordonnance ou une bio à faire. Voilà, donc maintenant y'a un mail mais le téléphone hors du cabinet ça s'est hors de question. Le mail au début je le donnais que à certains et maintenant j'ai créé une nouvelle adresse qui est l'adresse du cabinet donc elle est commune pour ma collègue et moi, c'est l'adresse du cabinet et euh, elle est sur les cartes de visite et les ordonnances.

As-tu déjà pu te sentir opprimée par cette multiplication des moyens de communication ?

Non, non, ça, ça me pose pas de problème, ben y'en a pas tellement chez moi, ils m'appellent sur le fixe du cabinet et ils ont maintenant la possibilité d'envoyer un mail mais je suis pas submergée de demandes par mail et d'ailleurs j'ai eu une fois un patient qui m'a envoyé un mail pour râler à propos de je sais plus de quoi et, ou qui avait pas aimé ce que je lui avais noté dans un courrier pour un confrère, il a ouvert le courrier puis voilà, donc je lui ai répondu par mail que la boîte de mail n'était pas faite à cet usage là et que si y'avait entre guillemets ce genre de reproches à faire il fallait qu'on en parle de vive voix parce qu'il faut que je puisse m'expliquer, surtout expliquer pourquoi j'avais écrit ça ou dit ça, donc voilà, j'ai envoyé un mail le soir même en lui disant que c'était pas dédié à ça la boîte mail et ça s'est arrêté là, y'a aucun souci. Par contre, si jamais y'a dérapage, je recadre tout de suite, comme pour les gens qui ne viennent pas au rendez-vous, comme pour les gens qui demandent quelque chose qui n'est pas justifié, je trouve que si on recadre tout de suite ça passe très bien. C'est juste que pour moi, au jour actuel, c'est hors de question qu'un médecin soit **disponible** 24/24 pour ses patients et donc, ça me paraît logique. C'est vraiment parce que je mets bien une barrière entre les deux, moi c'est juste j'aime mon métier mais ça reste juste mon métier et c'est pas un sacerdoce, je suis pas dévouée corps et âme à mes patients, je fais beaucoup de choses pour eux, je compte pas mes heures mais c'est juste mon métier, j'essaie de le faire correctement mais ça reste mon métier. Ça c'est un peu un leitmotiv comme finir à 16h pour être à l'école, enfin moi j'y mets un point d'honneur, ça fait partie, et si ça sort de l'école à 16h, je vais pas dire à mes gosses « ah ben non je viens plus tard parce que je suis encore au cabinet », c'est plutôt à mes patients que je dirai « on revoit demain ».

Par rapport aux réseaux sociaux, comment te positionnes-tu ? Certains patients ont-ils déjà pu faire appel à toi par ce biais ?

Je suis peut-être de la vieille génération malgré mon jeune âge mais je suis pas du tout sur les réseaux sociaux, même dans ma vie privée, je sais même pas comment ça fonctionne donc j'ai pas eu ce genre de problème.

T'arrive-t-il de rencontrer certains de tes patients en dehors de l'exercice médical : quelles circonstances ? Quel est ton ressenti dans ce cas-là ?

Oui, j'en rencontre, parce que d'une part j'habite dans un immeuble où il y a pas mal de confrères spécialistes, dont un cabinet de cardio qui est mon correspondant principal donc forcément, je croise des gens dans l'escalier, dans l'ascenseur ; ça pose aucun problème, le seul petit problème que ça me pose c'est qu'ils savent où j'habite et ça, ça me dérange un peu mais finalement personne n'est jamais venu sonner, ni toquer donc bon voilà. Ensuite, j'en croise certains à l'école, qui ont leurs enfants dans la même école que mon fils, voilà on discute « bonjour », ça se passe très bien. Ils ne me parlent pas médical parce que s'ils essaient, je leur dis tout de suite que là on est à l'école et pas au cabinet et donc ils comprennent tout à fait par contre après c'est vrai, ça m'arrive aussi de demander si je sais que la fois d'avant y'a quelque chose qui allait pas bien du tout, de demander si ça s'est arrangé ou si j'ai appris qu'il y avait un décès dans la famille, si je les vois, je vais pas attendre la consult d'après pour leur transmettre mes condoléances, puis ça arrive avec certains avec qui je m'entends bien ; l'autre jour à l'école j'ai rencontré un papy qui cherchait son petit-fils et puis il était tout fier, j'essaie de le faire maigrir depuis plus d'un an, il était tout fier de me dire qu'il avait perdu 3 kg donc je l'ai félicité et puis voilà, ensuite on a discuté des gamins. J'en croise aussi quand je vais faire mes courses, j'en croise en ville, j'en croise au square, c'est vrai que j'en croise de plus en plus et ça me pose absolument aucun problème. Et au contraire, je trouve ça pas mal, ils voient que j'ai une vie à côté, que comme tout le monde je vais faire un footing, que je vais au Super U, à l'école, et du coup ils comprennent peut-être aussi un peu mieux pourquoi je suis pas tout le temps dispo.

Le lieu d'habitation par rapport au lieu professionnel, ce fût un choix pour toi ?

Oui, c'était quand même un choix euh, moi je me considère proche, déjà c'était un choix pour pas passer plein de temps dans la voiture, ensuite c'était un choix pour pouvoir rentrer, enfin je pensais pouvoir rentrer à midi, il s'avère que je le fais pas, même les dix minutes de route

aller-retour, ben je me dis c'est une demi-heure pour faire de la paperasse ou pour donner deux rendez-vous en plus donc je ne rentre plus mais à la base c'était pas prévu comme ça et puis ouais, les matinées où je suis à la maison et ben pour moi c'est pratique, si je suis appelée pour faire une visite qui n'est pas prévue ou alors je vais faire trois visites, je rentre faire un truc chez moi, je repars en faire trois de l'autre côté, donc voilà. Sur le plan technique c'est plus simple, c'était pas pour garder de la distance par rapport aux patients. Par contre, c'est vrai que malgré tout, pas habiter dans le village où j'exerce même s'il est accolé à la ville, c'est quand même pas mal parce que l'ambiance village, tout le monde qui raconte « Ah, t'as vu la maison du docteur, machin... », bon ça c'est vrai que si ils peuvent ne pas savoir où est ma maison ça m'arrange après j'en ai plein à C. mais C. est une grande ville donc ils savent pas forcément où je suis.

Te sens-tu plus investie ou plus proche de certains patients ? De quelle manière ?

Alors plus proche forcément parce que c'est une relation humaine donc comme je disais avant, le feeling avec certains ça compte beaucoup, donc oui je me sens plus proche avec certains, aussi avec certains dont je suis toute la famille parce que ça fait un élan de proximité, plus proche aussi de certains chez qui je vais à domicile parce que déjà, ils voient que moi, puisqu'ils ne viennent pas au cabinet donc euh, ils voient rarement, enfin, ma collègue sauf si c'est une urgence. Sinon c'est toujours moi qui les vois, je m'arrange pour les voir avant de partir en vacances, parce que souvent mes remplaçantes n'ont pas envie de faire les visites de chroniques et tout, et puis certains me demandent de venir, je dis « bon là c'est stable, je peux venir que dans 2 mois », « alors non, venez quand même dans un mois même si y'a pas grand-chose de médical, ça me rassure, je peux poser des questions, etc ». Voilà, c'est une réponse un peu à leur solitude, donc d'eux, je me sens un peu proche. En visite, malgré tout, je prends plus de temps parce que y'a pas le suivant en salle d'attente, y'a pas le chrono qui tourne pour les rendez-vous donc, et puis je suis chez eux donc forcément on discute, y'en a un qui va me montrer son jardin, l'autre qui va me montrer la photo du dernier qui est né donc forcément on prend plus de temps, on est plus proche. Puis après, oui au cabinet, il y'en a certains avec qui je m'entends plus que d'autres, mais ça je pense que c'est vraiment une relation humaine comme ben, avec certains parents d'élèves je m'en sens plus proche alors qu'on n'a rien en commun à la base, avec certains collègues je me sens plus proche qu'avec d'autres, donc juste, au niveau de la relation humaine et puis euh, après j'essaye de traiter et de soigner tout le monde de la même façon mais je pense qu'il y a quand même un petit biais par rapport à cette proximité qu'on peut avoir avec certains patients. Et il y'a aussi quelque chose au niveau de la proximité mais chronique que je vois soit tous les mois, soit tous les deux ou trois mois, ben je suis aussi plus proche je me rends compte, enfin quand ils viennent sur rendez-vous car je les vois vraiment très régulièrement donc je sais beaucoup de choses tant au niveau médical qu'au niveau de leur vie et donc je suis plus proche de ceux-là que les chroniques qui viennent sans rendez-vous et qui viennent une fois chez moi, une fois chez ma collègue, une fois chez la remplaçante, je les connais moins bien parce que je les vois moins souvent et je les connais moins bien médicalement, parce que des fois je les vois, ils ont vu deux médecins entre temps, ma collègue ou un remplaçant, et du coup à chaque fois il faut que je relise ce qui a été fait, ce qui a été dit ; que je revois s'il y a eu des changements thérapeutiques, un nouvel antécédent ... du coup, la consult elle est vraiment que dédiée à du médical parce que forcément je les connais moins bien donc j'ai pas le temps de discuter pour autre chose puisqu'il faut à chaque fois refaire le point au niveau médical, alors que ceux qui viennent tous les trois mois, ben ils me disent ce qui a changé ou pas, moi je sais exactement ce que j'ai fait la fois d'avant, donc du coup, ben si la consult va un peu plus vite parce que y'a rien eu entre temps ben on peut se prendre trois minutes pour discuter et petit à petit ça crée une relation plus proche.

Et le fait d'être plus proche de certains patients, cela influe-t-il sur la prise en charge médicale ?

Ah oui, oui, ça la facilite. Pour moi, c'est juste la rendre plus facile, j'arrive bien à faire la part des choses et à leur dire « bon maintenant on passe au médical », enfin ça, ça marche très bien, j'arrive à passer de l'un à l'autre et vraiment je trouve que ça facilite, parce que si je connais un peu leur vie et que je suis plus proche je peux expliquer que pourquoi ils dorment moins bien, ils aient commencé à re-grignoter, enfin je donne des exemples un peu terre à terre mais du coup y'a pas besoin d'aller fouiller et poser plein de questions pour expliquer certaines choses. Voilà, comme le chien est mort donc ils ont une tension plus élevée... donc je comprends mieux.

Es-tu souvent sollicitée pour des actes de convenue par les patients ? L'es-tu plus par les patients que tu connais bien ?

Alors, je suis plus tellement sollicitée parce que j'ai tellement mis le holà au début avec des règles hyper drastiques et dont je n'ai jamais dérogé euh, que du coup, je pense qu'ils ont vraiment pris le pli, donc je dirai que je suis quasiment plus sollicitée par des actes de convenue. Et si jamais ça arrive, c'est vrai que ceux avec qui je suis plus proche, mais c'est peut-être pas parce que je suis plus proche que je le ferai d'avantage, c'est plutôt parce que je sais quel est l'usage qu'ils vont en faire et je sais que à celui-là je peux lui expliquer que ok, là je le dépanne mais je lui explique que ce sera juste une fois et que j'ai pas très envie de le faire et que j'ai peut-être pas vraiment le droit mais que là je lui explique pourquoi je le fais mais que je le referai plus. Du coup, c'est plus facile de le dire à quelqu'un dont je suis plus proche parce que je peux lui expliquer vraiment pourquoi, quelqu'un que je connais pas qui veut un arrêt de travail pas totalement justifié, pffff... si je lui dis non, alors ça va être une crise, ça va être pour moi, un quart d'heure d'explication du pourquoi-comment, alors que quelqu'un que je

connais très bien maintenant je leur dis clairement, je leur dis « écoutez, on est surveillé par la sécu pour les arrêts de travail, moi ils sont déjà venus me voir, je peux pas en prescrire autant que je veux », et du coup, ils ont pas envie de me mettre dans l'embarras je pense, et ils comprennent beaucoup mieux et moi j'arrive mieux à leur expliquer.

Aurais-tu un exemple d'une situation, consultation où tu aurais déjà éprouvé des difficultés à te positionner par rapport au patient ?

Je vois pas dans l'immédiat, non j'ai pas l'impression. Bon après y'a le cas dont on discutait avant, le patient qui arrive « Bonjour C., comment tu vas ? », euh avant de commencer la consultation j'ai mis les choses au clair et peut-être que du coup, après pendant la consultation j'étais un peu mal à l'aise, je sais même pas si j'étais mal à l'aise...mais sinon, après y'a certains patients dont j'ai peur ... c'est pas vraiment que je me sente mal à l'aise mais j'ai par exemple un patient bipolaire, il me fait peur, alors j'ai pas peur quand il est là et que je vois qu'il est bien équilibré mais bon, il est pas du tout équilibré au niveau de son traitement, le psychiatre galère depuis 6 mois pour trouver un équilibre thérapeutique qu'on n'arrive pas à trouver et donc il bascule très souvent en faisant des actes complètement dingue hein, il essaye de se suicider à peu près tous les deux mois avec des choses très violentes et je sais qu'il a déjà eu, c'était noté dans ses comptes-rendus de psy, des comportements un peu inappropriés avec certaines infirmières, ce genre de choses ; alors moi ça m'est jamais arrivé mais je me dis s'il a pu le faire avec des infirmières euh, il peut le faire avec moi, la seule différence c'est que moi, je suis toute seule et que des fois, il est là à 20h le soir et voilà donc là ... il recherche l'attachement voir même la séduction, ce genre de choses, donc ça ça me fait un peu peur et là je vais peut-être plus faire attention à garder une distance, à ne pas rentrer dans de la proximité. Après y'a certains patients que je sais agressifs, un autre d'ailleurs psychiatrique que je sais agressif qui a déjà eu des conduites hétéroagressives ; alors avec moi il est tout gentil, y'a jamais eu aucun problème, ça se passe bien, mais je me dis si une fois ça dérape, je pense qu'il pourrait être agressif avec moi et du coup y'a peut-être un peu une retenue avec ces, là j'ai ces deux-là en tête, avec eux y'a peut-être un peu une retenue et la proximité elle va être euh, elle sera jamais là, je maintiendrai avec eux une distance spécifiquement beaucoup plus grande, peut-être même physique. D'ailleurs, on en parlait je disais non, mais là du coup, y'aura peut-être même une plus grande distance physique aussi en particulier avec le premier qui a déjà eu des comportements ... dans ces proportions-là, c'est plus thérapeutique, après la proximité, être la confidente, ça oui, je veux bien être très proche et écouter tout ce qu'ils ont à me dire même si c'est choquant, voilà ça y'a pas de problème, je peux être très proche dans l'écoute mais à ma place de médecin et ça doit pas dévier vers une autre proximité.

Sinon, dans les comportements non, j'ai dû recadrer au début par rapport aux demandes abusives, ça oui, les arrêts de travail, les antibiotiques, ça c'était vraiment mes deux chevaux de bataille ; les visites injustifiées aussi.

Comment te positionnes-tu par rapport aux situations un peu particulières telles que les cadeaux, les remerciements spéciaux, les invitations ... ?

Alors ça, c'est très très embarrassant, les cadeaux euh ... Alors quand c'est les petits bredele faits maison à Noël, y'a aucun problème, quand ils arrivent avec leurs gâteaux qu'ils ont fait pour Noël, trente paquets, un pour le facteur, un pour le maire et un pour le médecin, y'a aucun problème. Par contre, j'ai une patiente, maintenant je vais plus à domicile parce que son mari est décédé, donc elle je la fais venir au cabinet parce qu'elle est moins pathologique mais j'allais les voir à domicile quand le mari était encore malade et systématiquement il fallait que je reparte avec un cadeau pour les enfants et c'était vraiment une bataille à chaque fois où j'étais obligée de dire « non, je veux pas accepter votre cadeau, donnez-le à des enfants nécessiteux » et parce qu'elle me disait « oh mais j'en ai plein le grenier, je range ma maison, je sais plus quoi en faire », alors à chaque fois je lui disais « donnez-le à des enfants nécessiteux ou à une bonne œuvre, ou dans le village y'a peut-être des gamins qui sont dans le besoin, etc » et je lui ai tout de suite aussi dit que c'est pas parce qu'il avait un cadeau que je viendrais dès qu'elle m'appelle ou qu'elle aurait une prescription ou voilà. Donc ça je lui ai tout de suite dit, d'ailleurs très rapidement dès qu'elle me donnait un cadeau elle me disait « mais je suis docteur, c'est pas pour un passe-droit, n'ayez crainte, je ne vais pas vous acheter ». Après je suis aussi ses enfants, elle, elle a 70 ans, ses enfants en ont une quarantaine et un de ses fils surtout, et j'en ai parlé au fils, je lui ai dit « ça me gêne, votre maman veut tout le temps m'offrir des cadeaux » alors il m'a dit « ça lui fait tellement plaisir mais vous savez, elle en offre à tout le monde, etc » ; donc voilà pour que les choses soient bien claires et puis maintenant ça m'arrange car je ne vais plus là-bas, elle vient au cabinet, mais avant j'y allais tous les mois, maintenant elle vient chez moi au cabinet tous les trois mois donc elle peut plus ramener de sacs C. remplis de jouets, de trucs donc euh, bon elle arrive encore avec un petit truc mais ça bon, vraiment à chaque fois je lui dis que c'est impossible, je pense que je finis même par la vexer donc je veux pas non plus ...

Pour en revenir aux cadeaux, y'a un truc, l'autre jour, j'ai reçu de l'huile d'olive parce que j'ai des patients siciliens et moi je suis allée en Sicile en vacances et donc on en était venu à parler de la Sicile et ils m'avaient raconté que tous les ans, ils cultivaient les olives en Sicile dans la famille et donc ils sont venus avec l'huile récoltée mais parce qu'on en avait parlé donc là je vais pas dire que j'en veux pas, là y'avait l'histoire avec, je savais d'où ça venait ; donc quand c'est des cadeaux comme ça où il y a une famille, où je vais voir le papy grabataire et je reste à

chaque fois une heure parce qu'ils sont un peu désemparés et du coup, ils sont tout le temps avec ce malade et c'est vrai que je me dis bon moi je discute un peu avec eux, ils connaissent mon mari parce qu'il m'a remplacé, ils connaissent les enfants parce qu'on s'est déjà rencontré en ville et à chaque fois ils me demandent comment tout le monde va etc, et puis elle est à chaque fois en train de cuisiner la dame donc la dernière fois je lui ai demandé ce qu'elle faisait, elle m'a donné la recette, la fois d'après elle m'avait préparé les petits piments spécifiques pour mettre dans la recette ; donc des petits cadeaux comme ça, là c'est vraiment avec plaisir parce que c'est quelque chose qui vaut pas grand-chose mais ils savent qu'ils vont vraiment me faire plaisir et effectivement ça me fait vraiment plaisir et là je sais très bien, je les connais, je sais que c'est pas pour avoir un passe-droit, pas du tout.

Penses-tu qu'au fil du temps, dans la durée, les liens de proximité sont plus faciles ou plus difficiles à gérer ? Quel est le risque pour toi d'une trop grande perte de distance ?

Dans la durée, difficile à dire parce que j'ai pas d'expérience, mais je me dis que si ça reste comme ça c'est très bien. Après peut-être un risque d'un trop grand attachement à certains patients, je dis toujours que moi j'aime pas soigner ma famille et mes amis parce qu'il y a une dimension autre qui parasite et du coup on n'est plus très lucide, soit on en fait beaucoup trop soit au contraire moi je pense plutôt que j'en fais pas assez. J'ai l'impression que j'en fais plus quand je soigne un de mes patients que je connais pas que quand je soigne ma famille mais euh, alors peut-être de cet ordre là, d'être trop attaché et du coup d'en faire trop parce que j'ai un peu plus peur de les perdre, soit d'en faire pas assez parce que du coup la proximité est trop grande et la part médicale perd un peu du coup, au profit de cette relation. Mais je pense oui que, je pense que si l'équilibre arrive à être maintenu comme ça, y'a pas de raison, enfin c'est pas quelque chose qui me fait peur d'avoir trop de proximité, je ne suis pas en recherche d'amis, c'est pas ...voilà.

As-tu déjà parlé ou pu ressentir le besoin de parler de problèmes au niveau relationnel que tu aurais pu rencontrer avec certains patients ?

Si oui, à qui ?

Alors j'ai jamais participé à des groupes de pairs, je parle beaucoup avec mon mari, il est généraliste aussi donc c'est vrai que quand j'ai un truc qui pèse un peu, j'en parle avec lui ou avec mes copines qui sont généralistes, quand on se voit ben ouais, on peut évoquer ce genre de trucs mais c'est pas notre sujet de discussion principal ni avec mon mari ni avec mes copines. J'ai pas le besoin d'en parler plus que ça, je trouve que j'arrive à gérer, j'aurais eu beaucoup plus le besoin quand j'étais interne, larguée toute seule avec des responsabilités énormes du jour au lendemain sans avoir l'outil pour arriver à répondre à la demande, je l'ai déploré. Je me suis sentie submergée en particulier dans un service, que là j'aurais vraiment eu besoin d'en parler à quelqu'un.

Quelle est ta propre définition de la « juste proximité » dans la relation médecin-patient ? Comment conserver une proximité thérapeutique ?

Ben la juste proximité pour moi, c'est euh, de ne pas paraître inaccessible, pour pouvoir être écouté et suivi, je pense qu'il ne faut pas paraître inaccessible, donc euh, si on est juste « The doctor » sur son piédestal, je pense que ça va pas, il faut justement, je trouve qu'en médecine générale, enfin je me rends compte que ils ont besoin de voir qu'ils ont un humain en face qui peut aussi être malade, qui peut aussi être triste, qui peut aussi être fatigué, qui a aussi des soucis de famille ou des soucis personnels, même si je leur déballe pas ma vie de famille mais euh, je trouve que ça c'est important puisqu'on s'immisce dans leur vie, il faut aussi qu'ils puissent se rendre compte que nous on a aussi une vie et que du coup on peut peut-être mieux les comprendre. Donc ça c'est dans un sens et après dans l'autre sens, c'est effectivement quand même pas devenir « potes », c'est vraiment... ouais, je suis pas leur pote et normalement ils deviennent pas mes amis. Ça reste mes patients et je reste leur médecin, même si on peut s'entendre très bien et échanger sur plein de choses, il faut que ça reste Patient/Médecin, c'est vraiment un truc que je pense qui fait partie de mes idées, voilà.

Après pour des conseils j'en n'ai pas, j'ai pas du tout assez d'expérience pour me permettre de donner des conseils et puis d'un autre côté j'ai que ma pratique, à part les remplacements que j'ai faits, j'ai pas exercé dans un autre cabinet en tant que titulaire parce que c'est vraiment différent que les expériences que l'on peut avoir en tant que remplaçant, donc je peux pas vraiment donner de conseils. Après le seul conseil que je pourrais donner, c'est marquer tout de suite les limites parce que faire marche-arrière c'est vraiment difficile alors que... dire les choses clairement au début, expliquer pourquoi et dire ce que l'on attend des gens, dire euh, moi je leur ai clairement dit ce que j'attendais d'eux, ça permet je trouve d'avoir une bonne relation dès le début.

Et bien merci !

Une fois l'enregistrement coupé, l'interviewée précise :

- Qu'il était important de fixer les limites dès le début, qu'elle a été très stricte au départ et qu'elle peut parfois commencer de s'assouplir maintenant.

- Que les patients qui sont restés sont ceux qui lui ressemblent.
- Qu'il est important pour un jeune médecin de ne pas chercher à se « prostituer » pour créer sa clientèle ou plaire aux patients, il faut rester droit face à ses convictions.
- (Tutoiement lors de l'entretien à la demande de l'enquêtée/remplacement de sa collaboratrice)

ENTRETIEN N°6 – 16/06/2016	Milieu de journée de consultations
40 minutes	Au cabinet de l'interviewé(e)

Tout d'abord, j'aimerais discuter avec vous de la relation médecin-patient, comment l'envisagez-vous ? Sur quoi est-elle principalement basée à vos yeux ?

Comment je l'envisage... Ben je crois que ça doit être basé sur de la confiance, enfin de la part du patient en tout cas, c'est fondamental ; parce que toutes les fois où les gens n'ont pas confiance en moi, c'est très compliqué. Voilà, c'est la base du soin quoi, enfin c'est vachement important et c'est quelque chose sur lequel j'ai un petit peu travaillé parce que quand j'étais interne, on avait des formations sur l'entretien d'aide et ça nous permettait d'analyser pas mal, quelle est notre position, notre attitude vis-à-vis des gens, arriver à analyser le fait que voilà, il faut pas être exactement comme on est dans son quotidien, il faut éviter de juger les gens, donner des conseils, enfin toute cette position un peu neutre quand même que l'on doit avoir en tant que médecin quoi. Et je ne crois pas que ça ait évolué, je suis là même avec mes patients depuis le début, sauf que peut-être que maintenant y'en a certains auxquels je me suis beaucoup plus attachée quoi et ça c'est sûr que ça vient avec le temps, l'attachement et puis voilà y'a des gens qu'on connaît vraiment depuis longtemps et pour lesquels on a ... ouais on a de l'attachement, on a envie de s'en occuper correctement et c'est ceux pour lesquels on fera peut-être la chose qu'on fait pas d'habitude pour les autres quoi. Moi, je mets beaucoup de barrières, j'essaie de me protéger, j'essaie justement de ... Pareil, pendant mes études on m'a bien appris qu'il y avait un comportement à avoir et que si, et des règles aussi à donner aux gens et que s'ils les respectaient pas dès les début et ben après c'était foutu. Je suis un peu rigide par rapport à certaines choses que je ne fais pas, que j'accepte pas, je suis très euh voilà, j'ai des règles un peu strictes dans ma façon d'exercer et c'est vrai que ces règles-là, peut-être que parfois, c'est vrai que pour certaines personnes maintenant, je serai amenée à les transgresser parce que je les connais. Mes limites, c'est par exemple, pas de visite de confort, voilà euh, pas de prescription médicamenteuse sans voir les gens, pas d'arrêt maladie sans voir les gens, pas de prescription pour le plaisir, pas de passe-droit, pas de certificat qui serait pas euh, jamais antidater les arrêts-maladie ; voilà ne pas faire comme les gens veulent forcément, je sais pas, je pense c'est des règles simples de bon exercice, je pense que c'est rien d'extraordinaire mais c'est des choses que j'essaie de respecter .

Pour vous, dans la relation médecin-patient est-il important de maintenir une distance entre médecin et patients quoiqu'il arrive ou s'adapte-t-elle à la situation, au patient ?

De toute façon, je pense que pour le soin, c'est quand même bien d'avoir une petite distance parce que quand on est trop proche des gens, ben déjà on le voit bien dans sa famille tout ça, on soigne pas très bien les gens, et puis il faut pas non plus laisser, on va dire le côté affectif envahir la consultation parce que voilà on est des scientifiques, on est là pour soigner des gens, on a peu de temps de consultation, il faut qu'on le consacre à nos soins et pas à parler que du chien et de la voisine, et du temps qu'il fait quoi. Et ça c'est quand même vachement important, même si c'est sûr que c'est un côté convivial que les gens apprécient mais je veux dire le temps médical, il est trop précieux pour le gâcher à faire du bavardage du, de ...voilà quoi. Souvent, moi en fait, je fais ma consult, ma consult et si à la fin j'ai un peu de temps, j'embraye peut-être un peu sur le côté euh, par exemple je soigne la prof de sport de mon fils et j'essaie vraiment, je me force à ne pas, on n'en parle pas jusqu'à la fin de la fin quand elle a payé, qu'elle va partir, où là je me permets deux/ trois mots, parce que je ne suis pas une machine non plus... avec mon fils, depuis deux ans, je sais qu'elle l'aime bien et il l'aime bien donc voilà, je lui dis un mot mais j'essaie vraiment de prioriser, et je dois faire des efforts parce que je suis quelqu'un de, j'aime bien parler moi. (rires) Si je commence à discuter, on perd du temps, les gens sont pas venus là pour qu'on papote. Je suis médecin, je suis pas là pour tenir la main des gens, je veux dire, moi je suis là pour les soigner et je veux que, quand ils viennent me voir c'est pour quelque chose de médical. Après pour un problème psychologique ou quelque chose comme ça, bien sûr que je leur parle, mais ce que je veux dire c'est que je n'ai pas non plus envie de trop rendre la consultation... voilà, « je vous prescris votre anti-hypertenseur » et puis on discute, on discute, on discute et au final je l'ai même pas examiné quoi. Ça, ça me plaît pas trop comme image de la médecine quoi.

Dans votre pratique, la distance physique, et/ou réglementaire influe-t-elle sur la distance symbolique, relationnelle ?

Ah ben je me suis posée la question parce qu'on avait un collègue qui avait un bureau où les gens étaient assis à côté de lui... J'ai une copine qui est psychiatre et qui m'a vraiment sensibilisée aussi à la façon de recevoir les gens et surtout avec les enfants, mais c'est vrai que, après moi mon bureau n'est pas très grand, ce bureau était là avant que j'arrive et de toute façon, il me faut de la place pour écrire, alors une distance comme ça, ça me paraît raisonnable. Après, je pense que voilà, faut que les gens soient un peu à l'aise et j'essaie de ne pas avoir une attitude trop quand même rigide, trop éloignée.

Que pensez-vous du tutoiement dans la relation de soins ? Tutoyez-vous ou vous êtes-vous mise à tutoyer certains patients ?

Je tutoie pas les adultes, aucun adulte, aucun. Les enfants oui, alors les ados c'est marrant parce que souvent je les vouvoie, après je les tutoie pendant la consultation, ça en vient que parfois, voilà. Mais non, non, non, pour moi c'est une marque de respect de vouvoyer, même les jeunes adultes. Pour moi, c'est important de vouvoyer les gens, je ne tutoie personne.

Même les jeunes gens de 16, 17 18 ans, parfois je me mets à les vouvoyer, après c'est vrai que parfois je les vouvoie et au moment d'examiner je tutoie mais c'est plus euh ... De toute façon, moi dans la vie, j'ai du mal à tutoyer les gens que je connais pas, pour moi le tutoiement c'est vraiment ... Et puis le vouvoiement permet de dire des choses qu'on a du mal à dire quand on tutoie les gens. Je trouve que ça met une distance qui fait qu'on peut encore dire certaines choses qu'on pourra peut-être plus dire une fois qu'on tutoie les gens. Et puis voilà, ça permet de garder une distance, qu'ils comprennent bien qu'on n'est pas amis quoi, je suis leur médecin.

Vous est-il possible d'être jointe par vos patients en dehors du numéro du cabinet médical : par mail ? téléphone portable ?

Non, non et ça c'est vraiment un truc auquel je tiens. Nous on est dans un groupe de cinq, nos secrétaires sont là de 7h30 à 19h15 le soir. Elles, elles ont mon portable mais les patients en aucun cas n'ont mon portable, pareil pour les mails. Exceptionnellement, je l'ai donné à un patient en Thaïlande parce qu'il avait une maladie, enfin bref, mais déjà là, c'était pour moi beaucoup trop intrusif parce qu'il me demandait des choses, des examens et non... moi je suis pas joignable, j'ai besoin vraiment, quand je suis pas au cabinet je travaille pas et j'ai besoin qu'on me foute la paix, c'est quelque chose que je veux pas. Moi, j'ai jamais mis mon portable comme certains sur l'ordonnance, j'ai jamais mis mon mail, alors je sais que la loi voudrait qu'on mette son mail et tout ça mais c'est hors de question, moi je le mettrai jamais.

Et du coup, avez-vous déjà pu vous sentir oppressée par la multiplication des moyens de communication ?

Non, non, parce que les rares fois où j'ai eu comme ça des mails de mes patients, ça, ça m'agace, parce que les demandes elles sont quand même exagérées toujours et parce que c'est intrusif. Moi, j'ai vraiment besoin de séparer ma vie professionnelle de ma vie privée.

Et par rapport aux réseaux sociaux, comment vous positionnez-vous ? Certains patients ont-ils déjà pu faire appel à vous par ce biais ?

Non, non, Facebook j'y étais, j'y suis plus. J'ai un compte Twitter mais clairement syndicaliste. Euh non, non, non. Facebook, je l'ai enlevé ; déjà j'étais sous un pseudo donc c'était impossible de me trouver, pour qu'en aucun cas, aucun patient puisse jamais me retrouver et puis après je l'ai arrêté pour d'autres raisons, parce que je trouvais que ça me prenait énormément de temps, c'était du temps perdu en fait.

Vous arrive-t-il de rencontrer certains de vos patients en dehors de l'exercice médical ? Si oui, quelles circonstances ? (Volontaires/involontaires)

Alors dans la vie quotidienne, ben de temps en temps ... Alors, avant énormément, vu que j'habitais sur place, au supermarché, au marché, à l'école, enfin c'était un petit peu tout le temps. Moi, je parlais de « The Truman show », vous savez le film, et ben c'était ça, c'était affreux, c'était angoissant pour moi ; parce que comme c'est une petite ville, on est cinq médecins, on est amené à voir les patients des autres, ou déjà à cinq on a presque quatre/ cinq mille patients qu'on suit ici, on pourrait presque dire qu'on suit tout M.. Du coup, c'était clairement angoissant. Le fait de connaître la boulangère, la prof, la directrice, être au supermarché... enfin je sais pas, rencontrer 30 personnes qu'on connaît au supermarché.... Oh lala, c'est quelque chose, je supportais pas ça. Donc maintenant beaucoup moins, et je dirais maintenant quand je les croise ça me fait presque plaisir, parce que justement c'est devenu très très occasionnel et que finalement ceux que j'aime bien, ben ça me dérange pas de leur dire bonjour. Après dans les activités, euh non, non non, je les croise pas dans mes activités. Avant je faisais de la danse classique à M. et alors à un moment y'avait eu un spectacle en fin d'année, alors ça pour moi ça été terrible parce que voilà quoi, tous mes patients qui me regardent en train de faire de la danse classique, purée ... et puis même, j'avais cours avec certaines personnes qui pouvaient être aussi mes patientes, donc c'était compliqué quand même... ouais, ouais, parce qu'en fait je suis aussi quelqu'un qui euh, peut-être que, j'ai peut-être peur que la personne que je suis dans la vie privée corresponde pas vraiment à ce qu'on attend peut-être d'un médecin. Bon, je suis pas complètement déjantée mais je ne suis pas non plus complètement euh, enfin voilà je suis normale quoi, je fais ma vie, donc bon voilà j'ai pas envie de devoir faire attention à comment je suis, ce que je dis, comment je me comporte. Ça me saoule quoi l'idée de devoir faire attention à comment je me comporte tout ça parce que je suis médecin ; et en même temps je pense que ça décrédibilise pas mal le médecin de le voir, je sais pas faire le con ou... enfin je sais pas voilà, ça peut pas marcher, enfin moi je pense que ça peut pas marcher.

Donc l'entité « médecin » en toutes circonstances...

Oh pffff pour moi c'est impossible, impossible à assumer. Du coup, ça été un choix. Un soir avec mon mari, on a dit soit on change de travail, enfin d'endroit où on travaille, soit on déménage quoi. Mais c'était plus possible, c'était vraiment ... bon c'était quelque chose qu'on ressentait mais les patients n'étaient pas plus intrusifs...on est venu nous chercher une fois chez nous, une fois ... mais quand même... et une autre fois le voisin nous a interpellé au-dessus de la haie en disant « ma mère va pas bien... », mais ça pour nous c'était pfff...ça arrivait que les patients nous parlent parfois de problèmes médicaux quand on les croisait, mais peu, parce que déjà d'entrée de jeu, ils sentaient bien que c'était pas trop notre tasse de thé quoi... Mais la directrice de l'école qui m'a demandé de l'Emla pour sa fille qui allait se faire percer les oreilles, enfin le mélange des genres comme ça... ça m'insupportait parce qu'en même temps, ne pas accéder aux demandes des gens quand il s'occupe de vos enfants toute la journée c'est euh, c'est un peu compliqué, c'est du chantage un petit peu et ça je supporte pas. Moi, je veux pouvoir faire comme moi je veux, sans que les gens aient de prise sur moi par rapport à voilà, les enfants ...

Cela pouvait-il ensuite avoir une influence sur votre prise en charge médicale ?

Ben c'est sûr que les personnes qui s'occupaient de mes enfants toute la journée, je dirais que j'étais quand même plus conciliante que ... après ça c'est humain même si on ne fait pas exprès hein. Bon, il se trouve que c'étaient des gens sympas mais voilà, j'ai rien fait d'extraordinaire mais voilà, une prescription d'Emla pour une gamine qui va se faire percer les oreilles, c'est un truc que je fais jamais, sur un coin de table et que je donne comme ça, voilà c'est un truc que je fais pas normalement.

Et du coup sur les « actes de convenance ou complaisance » ... (coupée)

Enfin bon, c'est pas arrivé souvent parce qu'ils étaient pas 150 à s'occuper non plus de mes enfants quoi... Mais bon clairement y'a des gens pour qui j'étais peut-être plus amenée que pour d'autres à céder sur ce genre de choses... Là, par contre, y'a plus personne qui me tient par rien du tout, je fais comme je le veux et si ça leur convient pas ben c'est tant pis pour eux, ils ont qu'à changer quoi.

Vous sentez-vous plus investie ou plus proche de certains patients ? De quelle manière (temps ? attention ? autre ?) ?

Ben j'ai l'impression que parfois, je les vois euh...ben aussi avec l'expérience de la médecine générale, je me rends compte, je cerne quand même mieux les...enfin y'a des choses que je sais mieux faire qu'avant. Par exemple pour le soin de la personne, des maladies que j'ai mieux appréhendées, que je comprends mieux ou j'anticipe plus... et puis le fait que je sois plus proche, ben voilà, y'a certaines personnes pour qui je me déplacerais plus facilement, je les laisserais moins dans l'embarras, je comprendrais mieux leurs angoisses même si je sais qu'elles sont pas très justifiées, voilà. Je vais peut-être un peu baisser, pour moi j'ai baissé un peu la barrière d'exigences, enfin je suis moins là « Non, c'est pas comme-ci, c'est pas comme-ça ... », un peu plus souple. Et puis y'en a certains que j'apprécie, pour lesquels j'ai de l'affection que j'ai pas envie de laisser dans l'embarras. Je sais pas pourquoi...là je pense à un papy qui a 98 ans, c'est un vieux papy et parce qu'il est gentil, je sais pas, non...ouais, alors ce papy-là il me fait peut-être penser à mon grand-père ; y'a une autre dame qui est sympa mais qui me demande toujours de venir la voir à la maison, franchement elle pourrait se débrouiller pour venir, elle vient pas systématiquement mais je dirais qu'au moins deux fois par an, faut aller la voir parce que y'a ci, y'a ça ; en fait elle me fait penser à ma mère, donc voilà ...ça c'est clair que ces gens-là, c'est parce qu'ils me rappellent des gens qui sont proches auxquels je tiens moi. Et puis sinon, ben voilà des personnages que j'aime bien ou des gens qui dans une autre vie auraient pu être des amis, voilà des choses comme ça... Après c'est sûr, tous les para-médicaux, les médicaux, les infirmières, tout ça ; on n'a pas la même appréhension parce que on, on les appréhende différemment parce qu'on sait qu'ils sont un petit peu plus du métier donc euh... un peu différemment...

Y'a-t-il au contraire certains patients avec lesquels vous prêtez attention de ne pas rentrer dans des liens de proximité ?

(Silence quelques secondes)

Y'a des patients où je vois bien, ils m'appellent par mon prénom, quand ils parlent de moi à mon mari ou à d'autres gens, ils disent « ah C. m'a dit que ... », mais souvent c'est des gens, ils disent ça...pffff voilà quoi... certains m'appellent C. parce que mon nom pour certains c'est impossible mais c'est souvent affectueux, mais personne me tutoie, non non.

Mais bon, sinon sincèrement j'ai pas de problèmes par rapport à ça, j'ai jamais l'impression que les gens ... Enfin, si parfois les gens sont parfois intrusifs, y'en a certains qui me demandent, quand j'ai déménagé, où est-ce que j'ai déménagé tout ça. Moi je leur dis que ça les regarde pas clairement, je sais poser des limites, ça me dérange pas.

Selon votre propre expérience, en quoi le fait de créer des liens de proximité avec certains patients impacte-t-il la relation de soins ?

Je pense que si on est proche des gens c'est plus difficile, clairement, clairement, parce que si déjà on a de l'affection pour eux, mais si on est vraiment proches des gens, ben déjà on a plus de mal à leur dire non pour certaines demandes, des choses qui sont un peu limites quoi et puis y'a le lien affectif qui va baisser la consultation médicale je pense. Après le fait de bien les connaître peut m'aider parce que je sais comment ils vivent, je sais ce qu'ils ont eu comme maladie, voilà. Par exemple, y'a un monsieur l'autre jour, c'est un monsieur grand discret qui vient

toujours très gentiment, il vient pour ses pathologies tout ça et l'autre jour il vient me voir en me disant « ça fait trois jours que j'ai un peu mal au ventre », connaissant la personne...un autre m'aurait dit « j'ai un peu mal au ventre depuis trois jours », il avait 38° de fièvre, bon ça avait pas l'air méchant. Lui, me disant « j'ai un peu mal au ventre depuis trois jours », je savais que si lui, il me disait qu'il avait mal, il avait vraiment mal. Du coup j'ai déclenché rapidement l'écho, la bio tout ça et au final il avait un anévrysme septique, enfin il a failli mourir quoi. Je veux dire, le fait de connaître les gens, c'est quand même ; alors faut pas non plus se faire avoir parce que voilà ceux qui se plaignent tout le temps, le jour où ils se plaignent de nouveau, on fait pas attention mais malgré tout connaître les gens ça permet de mieux comprendre ce qu'ils nous disent, c'est plus ça, dans leur plainte, dans ce qu'ils nous ramènent, on arrive mieux à le remettre dans son contexte quoi.

Avez-vous éprouvé déjà des difficultés à vous positionner avec certains patients ? Par exemple, un souvenir d'une consultation qui vous aurait déstabilisée ?

Ben j'ai une patiente qui était là ce matin, c'est une dame, elle essaye, je dirais qu'elle essaye d'être proche de moi parce qu'elle arrête pas de me dire « mais, vous comprenez, si j'étais votre mère qu'est-ce que vous feriez ? Faites comme si j'étais votre mère... ». Enfin, elle est tout le temps en train de me chercher comme ça, je sais pas, elle me fout mal à l'aise parce qu'elle est très euh, comment dire, revendicatrice et puis elle se plaint tout le temps, elle fait comme si on était très proches et elle me dit tout le temps « non, mais moi j'ai besoin de voir mon docteur, faut que ce soit vous » et en même temps je veux dire elle est assez insupportable. Elle, elle me met un peu mal à l'aise parce que je sais pas comment être. Alors par exemple, y'a des jours où comme ce matin, je décide d'être gentille et j'avance dans son sens, alors voilà elle est contente et tout ça, et y'a d'autres fois où vraiment elle est chiant et j'ai envie de lui dire « mais arrêtez de me parler de ma mère, vous êtes pas ma mère ! », voilà elle me met mal à l'aise à s'imposer comme ça en me disant « oh mais faites comme si j'étais votre mère, mais vous comprenez bien, vous imaginez bien vous êtes mon docteur », elle en fait des caisses quoi et ça m'énerve.

Vous pensez connaître la cause de ce comportement ?

Ouais, non, c'est parce que je connais sa fille. Sa fille était arrivée de P. complètement anorexique parce qu'elle s'était faite plaquer par son mec, elle était vraiment pas bien du tout. Et puis du coup, je sais pas, je pense qu'elle a l'impression peut-être que, comme sa fille avait à peu près mon âge, j'ai l'impression qu'il y a eu un peu de ça quoi. Comme on a pris en charge sa fille et qu'elle était très inquiète pour sa fille, euh, elle fait un peu comme si j'étais sa fille quoi, ouais je sais pas c'est bizarre ; peut-être à cause de ça, je sais pas.

Et avec certains patients qui vous sont plus proches, vous est-il déjà arrivé de devoir réadapter, recadrer ?

Des gens que j'aurais dû recadrer par exemple parce qu'ils commençaient à être trop proches, intrusifs ?... Non, non...Non. Disons qu'il y a des fois où moi je me dis, quand je me rends compte que je commence à être trop affectueuse ou à trop déconner tout ça, c'est moi qui me reprends en fait, parce que je me rends compte que je commence à...à tomber le masque un peu et là je fais un peu attention quoi. Et au final, je pense qu'ils ne sont pas gagnants, parce qu'après j'essaie de leur plaire un petit peu dans ce que je dis, dans... et finalement après moi je suis finalement aussi quelque part en recherche de signes d'affection alors que je veux dire c'est pas mon rôle quoi, ils sont pas là pour qu'on soit copains, ils sont là pour que je les soigne. Donc c'est plutôt par rapport à moi, c'est plus moi qui me rend compte voilà il faut peut-être que j'arrête, voilà c'est bon.

Comment vous positionnez-vous lors de situations un peu particulières telles que les remerciements spéciaux, les cadeaux, les invitations ... ?

Ah ben, je suis mal à l'aise ça c'est sûr, ça me fout mal quand on me fait un cadeau parce que j'ai l'impression de me faire acheter tout le temps, c'est ça qui est un peu compliqué. Disons que clairement, et ça mes collègues sont d'accords avec moi, on aime bien les cadeaux, c'est gentil mais quelque part parfois, on a toujours l'impression que c'est un peu intéressé dans le sens où on se dit ben celui-là il m'a fait un cadeau, la fois d'après quand il m'appelle et j'ai pas envie d'y aller ben...vous voyez ? après y'a cadeau et cadeau hein, y'a des patients qui m'envoient des cartes de vœux tous les ans qui en font pas des tonnes et qui font ça discrètement. Y'a des cadeaux, là y'a une mamie qui m'a donné un coupe-papier, je lui avais dit qu'il était joli, mais en aucun cas je le voulais, la fois d'après elle me l'a donné. Ben voilà, ça c'était gentil, je sais bien qu'elle l'a pas fait pour m'acheter puisque voilà y'a pas lieu de choses comme ça mais euh... Après j'ai pas vraiment d'exemples de choses intéressées, déjà j'ai pas beaucoup de cadeaux par rapport au médecin qu'il y avait avant, on n'a vraiment plus grand-chose mais non...y'a personne qui a jamais ramené un cadeau en me demandant quelque chose de particulier, ça a jamais été aussi clair comme ça, toujours à une occasion, voilà c'est à Noël ou enfin voilà.

Dans le cas des visites à domicile, trouvez-vous que l'aspect relationnel est plus facile ou plus difficile ? La situation est-elle plus encline à créer des liens de proximité ?

Ben, on est proche des gens quand même parce qu'on est chez eux, ça c'est sûr ; après c'est vrai que les gens que je vois à la maison moi, ils ont entre 80 et 100 ans ; les autres je les vois jamais à la maison ou exceptionnellement, c'est pas quelque chose d'habituel. Mais c'est sûr

que quand je vais les voir à la maison y'a quelque chose d'un peu différent, ben parce que c'est des papys mamies tous, ils sont tous très gentils ; c'est différent, c'est le côté un peu cliché du médecin voilà. C'est quelque chose que j'essaye de limiter parce que c'est chronophage mais ... Déjà, je pense que c'est de moins bonne qualité, ça faut être honnête. Je pense que les gens qu'on voit au cabinet, on les déshabille plus facilement, on les pèse plus, on a nos outils d'examen... A la maison c'est un peu plus, un peu laborieux... mais après forcément c'est plus, on est dans l'intime, on les voit dans leur lit, chez eux ; c'est différent, on est reçu chez eux et en même temps on est quand même chez eux, on n'a pas la même position. Ici c'est chez moi, là-bas c'est chez eux, on est plus invité quoi, donc on s'assoit gentiment, on regarde autour, y'a le chien, voilà...on est forcément plus proche, ça favorise les liens de proximité, on parle souvent d'autre chose.

En tant que médecin généraliste amenée à suivre des patients sur le long terme, pensez-vous que la proximité développée avec certains patients est une chose plus facile à gérer au fil du temps ou plus difficile ?

Mais nous on se rend compte, enfin je dis « nous » parce que j'en parle souvent avec mon mari, finalement c'est quelque chose avec le temps on est beaucoup plus à l'aise, alors que vraiment au début on avait du mal avec nos patients, on les croisait etc... Finalement, maintenant on est sorti du cadre et voilà, moi maintenant je suis moins, j'arrive mieux à gérer le fait d'avoir des patients et de les connaître, je suis plus à l'aise, c'est quelque chose que je trouve chouette maintenant. Y'en a certains qui me font confiance parce qu'il s'est passé des choses et peut-être qu'à un moment donné, j'ai peut-être fait la bonne chose. Après y'en a aussi avec qui ça s'est mal passé et voilà, on est dans un cabinet à plusieurs donc y'en a souvent des patients qui passent de l'un à l'autre, ça s'est pas facile à vivre mais c'est quelque chose auquel on doit s'adapter et dont il faut pas en faire trop cas parce que sinon...Il faut arriver à comprendre que c'est parce que, c'est pas de l'amour, c'est pas qu'ils nous aiment plus mais c'est parce qu'à un moment donné ça marche plus ou ils nous reprochent quelque chose et voilà, faut essayer de pas être malheureux avec ça quoi... C'est aussi pour ça qu'il faut bien séparer les choses parce que sinon, quand on est très proches des patients, je vois que quand ils s'en vont tout à coup, on se dit « ben dis donc, avec tout ce que j'ai fait pour lui, pour elle », enfin c'est dur quoi, dans sa vie du quotidien c'est rare qu'on ait des amis qui nous tournent le dos. Alors là, quand vous avez des gens pour lesquels vous vous êtes investi, vous avez fait des choses, vous vous êtes bougé le cul, vous avez essayé de faire au mieux et du jour au lendemain, ils vont voir le voisin et ils vous parlent plus, ou qu'ils disent même plus bonjour ou qu'ils font semblant de pas vous voir ; vous vous dites « ben dis donc » ... sans explication, c'est un peu dur. On cherche forcément, quand ils vont voir un collègue, on essaye de comprendre ; souvent on a quand même une idée... Parfois, vous avez des gens, le mari meurt d'un cancer, ben voilà la famille elle vous quitte quoi (ton dépité) , on vous fait porter le poids de la responsabilité de la maladie alors que vous vous n'y êtes pas pour grand-chose quoi, ou bien un retard diagnostic, enfin parfois c'est complètement injuste.

Après c'est vrai que y'a certains patients pour lesquels il y avait des choses que je ne voulais pas faire et qui du coup m'ont quittée. Y'a une maman, elle voulait que je lui fasse un certificat de contre-indication à la pratique du ski à sa fille parce que quand elle allait à la neige elle avait mal à la tête et qu'après elle faisait une migraine. J'ai dit non quoi et après elle a changé de médecin, mais ça, ça m'a pas dérangé. Après c'est marrant parce que c'est des gens qui reviennent parfois me voir quand ils ont pas vraiment le, voilà, ça c'est toujours un peu délicat (rires) , ça met toujours un peu mal à l'aise, bon et ça m'amuse un petit peu. Mais on reparle pas des choses, on fait semblant, parce que moi je suis pas là pour régler des comptes. J'essaye justement de me détacher et de pas commencer, si on commence justement à vivre ça comme dans un téléfilm, on est mal barré parce que y'en a tous les jours des histoires comme ça. Bon par contre, y'en a certains s'ils reviennent me voir, je leur dirai « non », on m'a aussi appris ça, à dire quand ça ne va pas ! Par exemple, quand les gens me mettent mal à l'aise avec des propos racistes ou des trucs comme ça, ou quand ils commencent à critiquer, je leur dis clairement, je leur dis qu'ils arrêtent ça tout de suite. Ou bien quand ils me mettent mal à l'aise à me raconter des trucs pas possibles, je leur dis « arrêtez, c'est bon ». Donc je pense qu'effectivement, des gens qui seraient partis sans explication comme ça et qui reviennent la bouche en cœur, c'est niet, je leur dirai clairement.

Ce sont des choses qui ont déjà pu vous affecter au-delà de la pratique médicale, en dehors ?

Oh ben oui, bien sûr. On en parle souvent avec les autres collègues, on en parle tous.

Le problème c'est qu'après ça ébranle votre confiance en vous et on a un métier où on a une patientèle, quand on a l'impression que les gens n'ont plus confiance en vous et vous vous dites que voilà vous n'êtes peut-être pas un bon médecin ; quand vous faites des erreurs, tout ça ... Oui y'a des fois, où y'a des gens qui m'ont quittée, ça m'a fait de la peine parce que je trouvais ça injuste et dégueulasse quoi. Alors souvent on parle, j'en parle et on apprend à relativiser puis à prendre ça pour ce que c'est. Moi, ma formation, elle m'a vraiment servie ; j'ai un médecin qui était passé et qui m'a dit « Tu sais le jour où t'es mort, tes patients, la seule chose qu'ils se demandent c'est qui ils vont aller voir comme médecin quoi ». C'est important aussi de relativiser, de se rendre compte que voilà, certes les gens sont attachés à nous, certes il y a une proximité et tout ça mais on n'est pas Dieu le père et puis si jamais on n'est plus là, ils se tourneront vers un autre. Et pour ça le cabinet de

groupe c'est bien aussi parce que on est quand même un peu interchangeable. Nous, nos patients ont l'habitude d'aller voir un autre collègue sans que ce soit un drame, alors c'est pour ça que l'autre qui me dit « oh vous êtes mon médecin, vous comprenez » ... tout ça au final parce qu'elle voulait que je lui prescrive ses antibiotiques en avance si elle avait une infection urinaire, parce qu'au final c'était ça le but. Elle m'a flattée, c'était pour pouvoir obtenir quelque chose que normalement je ne fais jamais, de prescrire des antibiotiques en avance...

Vous m'avez parlé de formations, vous avez participé à des choses précises ? Sur la communication ? Autre ?

Ben déjà, j'ai fait un stage chez le prat, j'ai fait un SASPAS, ça c'était vachement bien, c'était très formateur avec six médecins différents. Il faudrait même qu'on puisse tous le faire.

Sinon, j'ai eu des cours de médecine générale et notamment y'avait l'entretien motivationnel, ça m'avait vachement plu, on avait lu un livre. Et oui, ça m'avait intéressée parce que moi j'ai tendance quand même à vouloir faire pour les gens, à leur dire quoi faire, comment faire ; je suis peut-être un peu directive et pour moi c'est un vrai travail. Je suis un peu pater- maternaliste et parfois intrusive, à leur donner des conseils ; et je dois vachement travailler là-dessus parce que j'ai tendance à, je juge pas les gens moi, mais j'ai tendance à vouloir trouver des solutions à tout pour tout le monde moi. Ça, pour moi c'est pas facile, c'est un vrai travail.

Pour conclure, quelle est VOTRE propre définition de la « juste proximité » dans la relation médecin-patient ? Comment conserver une proximité thérapeutique ? Auriez-vous des conseils pour les jeunes médecins ?

Alors je pense que la relation médecin-patient, c'est une relation qui doit être basée sur l'empathie, ça c'est clair, de la part du médecin. Il faut avoir de l'empathie pour soigner les gens parce que sinon euh, si on se met pas à leur place on a du mal quand même à imaginer les conséquences de ce qu'ils ressentent. Il faut de l'empathie mais je pense qu'il faut savoir garder une distance professionnelle pour pouvoir garder une qualité de soins parce que je crois que la proximité, une trop grande proximité nuit à la qualité du soin dans le sens où l'affectif va submerger complètement tout ce qui peut être un peu objectif et qu'en plus ça va prendre du temps à la consultation médicale, et c'est du temps perdu quand même.

Y'a des fois quand y'a des renouvellements, parce que moi je vois les gens tous les trois mois pour les renouvellements, et ben je me dis qu'on a beaucoup discuté et que à part faire Re-print et puis prendre la tension, voilà ... et puis moi j'ai une interne et quand je suis avec l'interne je me rends bien compte que je fais des consultations plus structurées et plus systématiques et que ça donne quand même lieu à des consultations de plus grande qualité quoi ; le fait justement de peut-être pas passer la consultation à papoter quoi, c'est important.

Les conseils pour les jeunes médecins, c'est que d'entrée de jeu, il faut comprendre ce que c'est que la relation entre le médecin et patient, qu'il faut pas se laisser tutoyer, qu'il faut pas tutoyer les gens, faut être à l'écoute mais il faut bien se souvenir que quand on rentre dans le cabinet, on a une casquette, on est médecin, on est un professionnel de santé ; qu'on doit jamais réagir comme dans la vie (hausse un peu le ton), même à la provocation, parce que y'a des gens qui vous cherchent, ou bien y'a des choses qu'on vous dit vous pourriez répondre comme ça du tac o tac et tout ça. Il faut garder sa casquette de professionnel de santé et c'est pas facile. Il faut comprendre qu'on endosse quand même un habit, on représente quelque chose et c'est aussi pour ça que moi, aller me promener avec eux, aller à la piscine avec tous mes patients, c'est un mélange des genres que je peux pas. Je sais pas, je trouve que pour garder un peu de crédibilité, il faut garder, pas vraiment du mystère euh ; moi les gens connaissent mon mari, ils savent que j'ai deux enfants, enfin voilà. Et puis parfois, je parle de moi aussi aux gens mais il faut pas trop leur donner à manger aux gens parce qu'ils sont curieux, il faut quand même préserver sa vie privée je crois. Après ça dépend peut-être des médecins, y'a des médecins je crois qui sont beaucoup plus à l'aise que moi avec cette proximité je pense. Y'a des vieux toubibs, ils se posent pas la question, les gamins ils les ont vus grandir, ils les tutoient ; on peut les appeler n'importe quand, enfin c'est des gens ils sont médecins H24, voilà quoi. Je crois que notre génération, c'est pas pareil.

Merci beaucoup.

Une fois l'entretien enregistré terminé, elle précise :

- Qu'elle a vraiment du mal quand elle croise les patients en dehors de l'exercice professionnel, a l'impression d'être atteinte dans sa « bulle » et a besoin de préserver cette « bulle » pour son équilibre.
- En parallèle, doit se mettre des limites pour ne pas être proche car dit « j'aime les gens, je suis plutôt conviviale et j'aurais plutôt une tendance à être proche »
- Pour elle, il est important de porter une blouse au travail.

ENTRETIEN N°7 – 23/06/2016	Milieu de journée / Arrêt maladie
25 minutes	Au domicile de l'interviewé(e)

Tout d'abord, j'aimerais discuter avec toi de la relation médecin-patient, comment l'envisages-tu ? Sur quoi est-elle principalement basée pour toi ?

Euh, je vais dire sur la confiance essentiellement, que ce soit le patient envers moi et moi envers le patient, c'est réciproque. Voilà, ça je pense que c'est un des trucs, enfin un des principes fondamentaux pour avoir une bonne relation au départ.

Adoptes-tu un positionnement particulier dès le départ ou non ?

Ben j'essaie de pas être trop proche non plus parce que si ça devient des amis... par exemple, je les tutoie jamais, si ça devient des amis, tu t'impliques trop affectivement et t'arrives pas bien à les soigner, faut un certain... quand même un recul mais en même temps, il faut beaucoup de compassion et beaucoup d'écoute et c'est difficile de parfois mettre la bonne limite. Parfois, je vais être trop proche de certains patients, je le sens, tu vois où y'a trop d'affect qui rentre dedans, ça c'est la difficulté de mettre un peu de distance pour bien soigner et parfois, quand je les aime pas, quand je m'entends pas avec eux, je vais être un peu, je vais avoir des jugements qui vont interférer avec mon diagnostic, du côté négatif quoi. Genre, je trouve que y'en a un qui abuse qui, notamment une patiente qui abusait un peu au niveau arrêt de travail, accident de travail et en fait, elle avait un problème au niveau de la main et j'avais un préjugé sur elle en me disant « franchement, elle abuse, elle cherche l'arrêt de travail » et en fait, y'avait quand même vraiment une entorse au niveau des ligaments carpo-métacarpiens et que du coup, j'ai mis un peu plus de temps, j'aurais dû faire une IRM plus tôt. Donc bon, la confiance au départ pour que ce soit bien et après la gestion de l'affect, après euh...

Pour toi, dans la relation médecin-patient est-il important de maintenir une distance entre médecin et patient quoiqu'il arrive ou cela va-t-il s'adapter à la situation, au patient ?

Je pense qu'il faut quand même toujours avoir une certaine distance mais j'y arrive pas forcément ; je pense que dans le principe oui mais après en pratique c'est plus difficile.

Depuis le début de ta pratique, as-tu déjà dû te fixer des limites, un cadre ?

Oui, ça m'est déjà arrivé effectivement. Par rapport euh, plutôt le fait de, moi c'est plutôt le problème de trop de compassion. Y'a des fois où ça m'est arrivé de coller trop à l'histoire du patient, du coup j'arrive pas à avoir un esprit clair pour bien le soigner ; ça m'est arrivé dans des cas de soins palliatifs par exemple où j'arrivais pas à mettre de la distance suffisamment et j'ai projeté mes propres angoisses sur le patient, ça m'est déjà arrivé. Donc notamment dans des cas lourds comme ça, il faut garder un peu de distance, c'est un patient que je suivais depuis le début...

La distance physique/règlementaire influe-t-elle dans ta pratique sur la distance relationnelle ?

Moi, je mets pas de distance physique, non je les touche pas mal, ça je pense que c'est important. Pour moi, je pense qu'il faut que ce soit chaleureux, il ne faut pas que ce soit froid et trop distant mais moi je porte pas de blouse, le bureau, y'a un endroit pour que les gamins puissent jouer et je vais être assez tactile en général, surtout avec les enfants et les personnes âgées aussi.

Que penses-tu du tutoiement dans la relation de soins ? Tutoies-tu certains de tes patients ou est-ce arrivé progressivement ?

Non je tutoie pas, aucun. Pour moi c'est le risque d'une dérive vers une relation copain-copain et ça je veux pas parce que, par exemple soigner des amis j'ai horreur de ça. J'ai une copine qui vient se faire soigner chez moi, je suis pas à l'aise. Je le fais mais je suis pas à l'aise, en plus son mari est en soins palliatifs, donc c'est pour ça qu'elle vient et je comprends mais j'ai toujours peur justement de pas garder cette distance et cet esprit clair suffisant et de mettre mon affect dedans et ça perturbe mon jugement. (coupé pour mettre le chien dans une autre pièce) Par contre pour le tutoiement, y'a quelque chose que je ne sais pas vraiment encore parce que j'ai pas encore eu le cas, ça va être pour les enfants que je continue de suivre après, je vais probablement continuer à les tutoyer, je pense que je ne me vois pas passer d'un coup au « Vous », du coup avec le temps j'aurais peut-être en effet des patients que je vais tutoyer parce que je vais les connaître depuis qu'ils sont petits. Mais vouvoyer pour moi, c'est le fait de mettre un peu de distance, que de la distance.

Est-il possible pour les patients de te joindre autrement que par le numéro du cabinet médical ? Mail ? Portable ?

Par mail, oui c'est possible mais je ne le donne pas à tout le monde et le numéro de portable c'est exceptionnel, je ne le donne vraiment qu'aux gens qui sont en soins palliatifs ou chez qui je m'inquiète et je pense qu'il peut y avoir vraiment un problème, sinon je donne pas. Et le mail, c'est pareil qu'à certains qui vont avoir des pathologies sévères parce que je l'ai donné une fois ou deux à d'autres qui n'avaient rien et je me

suis trouvée bombardée de mails tous deux jours pour des conneries, j'ai trouvé que c'était trop. Du coup, j'ai recadré, j'ai dit « Non ça c'est la dernière fois, je réponds pas par mail ». Bon c'est assez limité, en général les gens respectent.

Par rapport aux réseaux sociaux, comment te positionnes-tu ? Est-ce que certains patients ont déjà fait appel à toi par ce biais ?

Non, jamais et si jamais y'en avait un qui essayait, je ne répondrais pas. Non c'est vie privée et vie professionnelle, c'est pour ça aussi que j'habite à 30 minutes, c'est un choix parce que j'avais pas envie quand je faisais mes courses de rencontrer les patients. Parce que je vois à E. quand je fais mes courses à L. ça arrive que j'en rencontre, c'est pas méchant mais ils peuvent pas s'empêcher de poser des questions médicales, et ça m'énerve ...

Du coup t'arrive-t-il de croiser des patients en dehors de l'exercice médical dans d'autres circonstances, quelle est ta réaction ?

Ça m'est arrivé, quand ils me posent pas de questions médicales, y'a pas de soucis et ça me fait plaisir de les voir, je leur dis Bonjour et voilà, mais quand je sens tout de suite qu'il y a une demande autre, je coupe net en leur disant « on verra ça au cabinet, vous me rappelez, on prendra RDV ». Mais les rencontres sont toujours fortuites, je ne partage rien sinon.

Te sens-tu plus proche ou plus investie de certains patients et de quelle manière ?

Ah oui clairement, y'a des patients avec qui, je pense qu'il y a des liens d'amitié qui se créent automatiquement, au fur et à mesure. Y'a des gens que je vais voir plus souvent, qui ont des histoires particulières, chez qui je vais peut-être prendre plus de temps et je vais être plus investie affectivement qu'avec d'autres.

Ça peut jouer sur ta prise en charge ?

Oui, ça peut jouer, alors du bon côté où je vais prendre plus de temps, je vais demander plus d'avis, je vais essayer de mettre plus de choses en place pour les aider et puis va y'a avoir le mauvais côté où étant investie affectivement j'arrive pas à mettre la distance et parfois, j'ai trop le nez dedans et je donne les mauvais conseils, ça ça peut arriver. Et à la fin des consults, je vais y repenser le soir, ça va me perturber pendant un bout de temps, ça va me miner.

Et au contraire avec certaines personnes, fais-tu attention à ne pas créer de liens de proximité ?

Oui, oui les hystériques, les gens qui sont en demande de soins, mais trop où c'est une reconnaissance, là je vais mettre des limites vite fait parce que sinon tu te fais... je vois notamment, y'a une patiente qui est vraiment mais complètement hystérique et qui cherche une relation amicale, le tutoiement ; et j'ai tout de suite mis les limites parce qu'elle recherchait et sinon elle allait venir tous les jours, elle m'appelait tout le temps ... et rapidement elle a compris et du coup, ça se passe bien maintenant.

Selon ton expérience, en quoi le fait de devenir proche d'un patient au fil du temps impacte-t-il la relation de soins ?

Y'a pas de règles précises. Après y'a un côté plus facile parce que je connais à peu près, au fur et à mesure, ceux chez qui quand ils me disent « ça va pas », faut vraiment que je m'inquiète parce qu'en général, y'a un vraiment un truc qui va pas et qui viennent pas pour n'importe quoi. Et puis y'a ceux qui viennent tout le temps avec tout le temps la même plainte, j'ai déjà fait le tour 20 fois donc je vais pas refaire les examens pour ceux où je sais que c'est toujours la même chose. Y'a toujours le risque de louper un truc pour ces patients-là, c'est ceux qui sont le plus dur à soigner, c'est clair et faut toujours que je garde un esprit systématique, faut que je les examine toujours même si je me dis « ça va être encore la même chose ». Avec toujours le truc « je le connais peut-être, mais bon », je me rappelle d'un patient comme ça mais j'étais en rempla qui était connu du cabinet et qui était hypochondriaque, il avait tout le temps des douleurs dans le ventre, il était persuadé d'avoir un cancer et ça faisait 15 ans que le médecin le suivait quoi, et puis il se plaignait Xème fois de douleurs abdos et finalement j'ai demandé une X écho abdo parce que moi, je le connaissais pas bien et en fait je suis tombée sur des métas hépatiques. Je pense que c'est normal que l'autre toubib l'ait pas refait parce que ça faisait euh, tous les 2 mois, ils venaient pour des douleurs abdos quoi, c'est du hasard. Donc parfois aussi, le fait de bien connaître peut induire des retards au diagnostic.

Et d'un autre côté ça peut améliorer, parce que je connais leur façon de vivre, je connais souvent leurs priorités, ce que le spécialiste va pas connaître. Par exemple, la petite mamie pour qui je sais que tout ce qui compte c'est d'être à la maison et de s'occuper de son chien, ben je sais que c'est ça qu'elle a besoin et qu'elle va privilégier une qualité de vie plutôt qu'une quantité ; j'en ai quelques une où je sais qu'elles veulent pas d'acharnement thérapeutique. Je pense que c'est plus adapté, plus respectueux du patient qu'un spé qui va pas la connaître, qui sait pas comment elle vit, qui connaît pas ses enfants... au bout d'un moment, le fait de la connaître, le fait de connaître la famille, tu sais à peu près ce qu'elle souhaite quoi et puis elle ose se confier à toi, elle va pas forcément oser au spé, mais au généraliste qu'elle connaît elle va pouvoir dire « moi, j'en ai marre, je veux plus aller à l'hôpital, je veux rester chez moi », ça tu peux l'entendre.

T'est-il déjà arrivé de réaliser des actes de « convenance » ? Comment le gères-tu quand tu es sollicitée par quelqu'un de proche ?

Oui, ça m'est déjà arrivé, oui et c'est pas facile comme position. Notamment y'en a une à qui je pense, je l'ai mise en arrêt de travail pour un harcèlement au travail, je pense que d'autres je l'aurais pas fait ; après je la connaissais bien, y'avait une relation amicale qui s'était installée,

je pense qu'elle aurait pu se débrouiller autrement que par l'arrêt de travail, ça lui a permis de finalement, elle a réussi à avoir une rupture conventionnelle et après ça a été, mais je l'ai fait parce que je la connaissais. Pour les certificats, de sport par exemple, je les fais pas, je demande aux gens de venir, systématiquement ; je comprends que ça puisse les embêter mais sinon, ils vont t'en demander tout le temps. Et t'as ta responsabilité donc il faut quand même examiner un minimum. Pour ce qui est des ordonnances, ça m'arrive dans certains cas, mais je faxe à la pharmacie directement pour les gens qui ont des pathologies graves, les autres se déplacent. Je mets parfois des ordonnances à disposition pour des renouvellements mais pas pour des renouvellements d'hypertension ou d'antidiabétiques par exemple, mais pour des antalgiques ou anti-migraineux ou anti-histaminiques ...

As-tu déjà éprouvé des difficultés à te positionner avec certains patients ? Entre autres, certains avec qui ce serait créer des liens de proximité ?

Oui, il y en a une où c'était compliqué, qui venait souvent pour un syndrome dépressif et qui jouait un peu dans l'appel au suicide, enfin qui commençait tout le temps à dire « ah je vais me suicider », elle jouait un peu avec ça quoi, je la connaissais bien et une fois je me suis sentie un peu piégée parce qu'elle avait pris de l'alcool et des médicaments, elle voulait pas se déplacer au cabinet et quand je l'ai eue au téléphone je le savais pas, et finalement quand elle est venue au cabinet un peu shootée, y'avait pas de risque vital mais c'était un peu un appel à l'aide. Au final, j'ai été coincée parce que je la connaissais bien, à la fois je me disais que y'avait pas vraiment de réel risque suicidaire mais que c'était quand même un appel à l'aide et je savais pas si je l'hospitalisais ou pas, parce que la connaissant bien je pense qu'il n'y avait pas de risque suicidaire, elle ne l'aurait pas fait et en même temps, elle avait quand même fait un acte et pris ses médocs et l'alcool donc je l'ai fait hospitaliser. Je pense que les psychiatres l'ont gardée pas longtemps, 4/5 Jours en lui disant qu'il n'y avait pas vraiment de raison pour qu'elle soit hospitalisée. Elle, au début elle voulait pas et puis finalement elle a accepté et je lui dis « vous avez pris de l'alcool, des médicaments, y'a eu un passage à l'acte, je peux accepter que vous fassiez ça sans que je réagisse », donc je l'ai hospitalisée. A priori, après ça allait mais c'est vrai que je me suis trouvée un peu mal à l'aise pour la gérer.

Tu penses qu'elle attendait quoi finalement ?

Ben de la compassion, de l'attention ; c'était un appel à l'aide mais euh, je ne pouvais pas ne pas réagir.

Après y'en a avec qui c'est compliqué, qui ont des comportements un peu étranges, qui recherchent de l'attachement ...en général, je mets de la distance assez rapidement. C'est gentil, « merci pour votre attention » mais maintenant c'est moi qui m'occupe de vous et ma vie privée vous inquiétez pas c'est mon problème.

Avec le temps as-tu déjà eu à recadrer, changer de comportement avec certains patients alors qu'au début tu étais plus souple ?

Y'en a un oui, où je lui ai rendu son dossier, je le suis plus. C'était un patient qui voulait faire un by-pass, bon c'est vrai que c'est un peu le préjugé de l'obèse qui venait pas aux RDV, qui n'en avait rien à faire alors qu'il voulait se faire opérer et qu'il ne faisait aucun effort. Et puis sa femme qui venait avec son fils, c'est pareil, elle ne venait jamais aux RDV, le gamin était complètement collé avec, il parlait quasiment pas à deux ans, ils étaient suivis par les services sociaux, mais y'avait pas de dialogue, j'arrivais pas à avancer avec eux quoi. C'était un problème de dialogue et je voyais qu'il se foutait de tout, donc je lui ai dit « si ça marche pas avec moi, il faut chercher ailleurs quoi ».

Après des gens trop envahissants, y'en a une qui est dans une secte et qui a tendance tout le temps à vouloir me ramener dans sa secte, en me ramenant des papiers tout ça. Elle au début ça se passait bien mais j'ai dû la recadrer, non mais voilà.

Comment te positionnes-tu lors de situations particulières telles que remerciements spéciaux, cadeaux, invitations ... ?

Ben je remercie, j'accepte en général parce que je vois que ça fait quand même plaisir aux gens, je me vois pas leur dire « non, j'en veux pas de votre truc quoi », donc ouais j'accepte et je remercie. C'est arrivé chez un patient où j'étais pas très à l'aise parce que c'est un patient qui demande régulièrement des arrêts de travail et je sais pas, s'il a vraiment mal, on a fait plein de bilans, il a été vu par le rhumato qui trouve rien ou d'autres trucs, on sait pas il a des douleurs musculaires régulièrement ; il est p. donc il fait un métier physique mais pas énorme quoi et il se plaint de talalgies inflammatoires et à l'examen clinique j'ai pas grand-chose donc je ne sais pas. Et j'ai eu des chocolats de sa part, il est très gentil, il vient souvent, sa femme est super sympa et je sais pas. Donc lui, c'était un petit peu ambigu, « le cadeau est-ce que c'est parce que je le mets en arrêt ? », je sais pas.

Dans le cas des visites à domicile, l'aspect relationnel est-il facilité ou au contraire plus difficile ? Est-ce que cela facilite les liens de proximité pour toi ?

Comme c'est des personnes âgées, ça facilite un peu, parce que je vois où elles habitent comment elles vivent et ça c'est important je crois. C'est pas mal pour les personnes âgées. Elles sont plus à l'aise d'être chez elles et moi ça ne me dérange pas.

En tant que médecin généraliste, amenée à suivre des patients sur le long terme, penses-tu que les liens de proximité créés avec certains patients sont plus ou moins faciles à gérer, au fil du temps ?

J'ai que trois ans d'expérience, mais pour l'instant je trouve que c'est un peu plus facile au fil du temps, parce que je prends de l'expérience un petit peu ; du coup j'arrive un peu plus à voir ce que j'accepte et ce que je n'accepte pas. Y'a certaines situations où j'ai accepté certains trucs et ben je me dis que je le referai plus quoi.

Quand il y a des situations plus compliquées, comment le gères-tu ? éprouves-tu le besoin d'en parler ou autre ?

J'en parle en général à mon mari ou ma sœur qui est médecin aussi. Par contre, je ferai peut-être partie de groupe Balint parce que je pense que ça peut être pas mal.

J'ai tendance à être trop proche, donc s'il y a quelque chose sur lequel il faut que je travaille c'est mettre la distance suffisante et parfois mettre un peu plus de distance. Au niveau affectif, ça m'est déjà arrivé de me retrouver un peu... mais dans des situations difficiles de soins palliatifs, de choses qui se passaient pas bien. C'étaient des gens que j'aimais bien où je me sentais un peu plus proche et du coup ça me faisait de la peine pour eux, ça me bouffait et j'emporte l'angoisse des patients avec moi, même en dehors, quand je rentre à la maison, ça me perturbe encore pendant le week-end, y'a des fois où ça m'est arrivé de les appeler pendant le week-end pour voir comment ils allaient. Après ça, je pense que j'arriverai pas à mettre de la distance, ce sera toujours comme ça, c'est comme ça quoi.

Enfinement quelle est ta propre définition de la juste proximité et comment conserver pour toi une proximité thérapeutique ?

Bonne question ! (rires) Euh, alors, la juste proximité je pense que c'est soigner avec bienveillance et compassion tout en ne se laissant pas envahir dans sa sphère privée.

Après je pense que chacun va faire en fonction de son propre caractère, je pense que chacun trouve sa route. Moi je pense quand même qu'il faut toujours garder une distance quoiqu'il arrive parce que sinon tu te fais bouffer toi et tu projettes aussi tes propres angoisses sur le patient, mais c'est un travail de tous les jours je pense !

Merci beaucoup pour tes réponses !

- Travaille sans blouse
- (Ici, tutoiement à la demande de l'interviewée, que je connais très peu mais qui avait pu faire appel à moi pour des remplacements, qui n'ont jamais abouti.)

ENTRETIEN N°8 – 23/06/2016	Milieu de journée de réunions
32 minutes	Salle à la faculté de médecine

Tout d'abord, j'aimerais discuter avec vous de la relation médecin-patient, comment l'envisagez-vous ? Sur quoi est-elle principalement basée pour vous ?

Euh... c'est une bonne question, je suis un peu perdue pour vous répondre comme ça... Une relation médecin-patient qui est basée sur la confiance réciproque, autant le patient en son médecin et le médecin en son patient ; sur le respect, respect mutuel aussi, c'est toujours sous forme d'échanges avec quelqu'un qui fait quelque chose pour l'autre mais de façon un petit peu... comment dire ... sous forme d'échange, tout simplement et dans le respect.

Avez-vous l'habitude d'adopter un positionnement particulier ou vous vous adaptez ?

C'est adapté après ma patientèle est très variée, entre les patients plus âgés, les patients tout petits, les nourrissons ; après en terme plus de contact, j'aurais pas forcément les mêmes approches avec quelqu'un de plus jeune ou de mon âge qu'avec une personne âgée par exemple rien que par rapport au respect, par rapport à l'âge, qui ne sera pas forcément non plus parce que relation médecin-patient mais parce que c'est une question d'âge et de respect de la génération supérieure.

Pour vous, dans la relation médecin-patient est-il important de maintenir une distance entre médecin et patient quoiqu'il arrive ou cela va-t-il s'adapter à la situation, au patient ?

Je pense que ça doit s'adapter à la situation et qu'il n'y a pas forcément une distance obligatoire, définie clairement et qu'en fonction du patient, en fonction du problème rencontré et en fonction du motif de consultation surtout, la distance n'est pas la même entre, par exemple un renouvellement d'ordonnance et quelqu'un qui vient pour un syndrome dépressif ou la perte d'un être proche, c'est pas la même chose ; donc à adapter.

Depuis le début de votre pratique, avez-vous déjà dû fixer un cadre ou certaines limites ?

Hummmmm...pffff... Il y a une fois, une patiente qui a quand même quelques antécédents psychiatriques, mais qui me demandait de venir tout le temps, tous les jours, pour venir discuter, elle me demandait de lui prescrire pleins de médicaments. Alors au début, j'étais un peu dans l'empathie mais je lui ai fait rapidement comprendre que j'arriverais pas à répondre à toutes ces demandes. Ça en est venu jusqu'au point que je lui dise que je pourrais plus être son médecin traitant, qu'il y avait trop de demandes qu'il n'était plus possible de gérer et finalement les choses se sont un petit peu apaisées et j'ai pu continuer à la suivre.

Pour vous, la distance physique, « réglementaire », lors d'une consultation, influe-t-elle sur la distance relationnelle ?

Oui, je pense ; après c'est vrai que je suis une femme donc je pense que les choses sont perçues aussi de façon différente. C'est vrai que quand les gens viennent me voir pour souvent me dire qu'ils vont pas bien, syndrome dépressif ou burn-out, enfin des choses relativement graves ou tristes sur le plan émotionnel, j'ai tendance à m'asseoir à côté d'eux en fait et à plus être derrière le bureau à une distance plus importante, donc c'est quelque chose qui est important. D'ailleurs je ne porte pas de blouse ...

Que pensez-vous du tutoiement dans la relation de soins ? Tutoyez-vous ou vous êtes-vous mise à tutoyer certains de vos patients ?

Alors, je tutoie les enfants, les ados... après les ados que je connais pas du tout par exemple, fille ou garçon de 16/17 ans que je vois pour la première fois, je les vouvoie. Les enfants que je suis depuis plus longtemps qui arrivent au stade d'adolescent, je reste sur le tutoiement. Mes amis qui viennent me voir en consultation, je les tutoie ; tous les autres je les vouvoie.

Y'a pas de patients où je suis passée du vouvoiement au tutoiement ; une patiente m'a demandé et me demande encore aujourd'hui de la tutoyer et y'a beau avoir une relation euh, pas amicale mais proche, j'arrive pas. Je sais pas pourquoi, j'arrive pas et elle me dit à chaque fois, « vous pouvez me tutoyer ». Alors elle continue à me vouvoyer mais demande à ce que moi je la tutoie, alors tant que les deux choses sont pas réciproques, enfin j'arrive vraiment pas. Je pense quand même que le vouvoiement laisse une distance un petit peu plus grande que le tutoiement. Y'a des gens que je co- ... non, en fait c'est même pas une question de connaître finalement ; ça rapproche trop je pense vraiment, c'est vraiment une question de distance tout simplement. Après ceux que je tutoie c'est mes amis, c'est pas pareil parce que je les connais en dehors, c'est différent.

Et vous êtes-vous déjà posé la question pour les enfants que vous continuerez de suivre à l'âge adulte ?

J'y avais pensé justement pour ceux qui avaient 11/12 ans et qui là arrivent au stade de 17/18 , en fait je les avais déjà croisés avant parce qu'en fait j'étais interne dans le cabinet où je travaille et que je faisais des remplacements donc c'est vrai que y'en a que j'ai vu un peu évoluer comme ça, c'est difficile ... c'est difficile donc euh j'ai du mal à repasser après au vouvoiement mais je me force quand même à le faire parce que, pareil, ça laisse une petite distance qui est nécessaire, je pense. Après, à partir de quel âge ou dans quelles circonstances c'est un peu plus difficile mais ouais, c'est difficile.

Vous est-il possible d'être jointe par vos patients en dehors du numéro du cabinet médical : par mail ? téléphone portable ?

J'ai donné une seule fois mon numéro de téléphone dans un cas bien particulier, c'était un patient en fin de vie à domicile où l'épouse gérait tout du début jusqu'à la fin et on s'était mis d'accord que le patient voulait plus être hospitalisé mais c'est vrai que je lui ai donné mon numéro de téléphone pour qu'elle puisse me joindre en cas de problème, juste pour la rassurer elle car l'épouse était très anxieuse et me demandait de lui donner mon numéro de téléphone que je lui ai donné sans hésitation et elle m'a jamais appelé ; j'espère qu'elle a pas donné mon numéro à quelqu'un d'autre mais je ne pense pas. C'était un contexte bien particulier. Sinon non, ils passent par le cabinet ou bien par l'adresse mail du cabinet, pareil mon mail je le donne à personne non, en ayant même une adresse mail professionnelle, je ne le donne pas. Et ça je l'ai mis en place dès le départ. Après même des patients qui me connaissent parce que là où je travaille, je suis aussi membre d'une association donc c'est vrai que je connais pas mal de monde qui ont mon numéro de portable, d'avant que je me sois installée, ils ont un peu profité de ce système là à m'envoyer des messages ou à m'appeler sur le portable ; là j'ai fait que les choses s'arrêtent et les gens m'appellent en passant par le cabinet si c'est d'ordre professionnel.

Et avez-vous justement déjà pu vous sentir un peu opprimée par cette multiplication des moyens de communication ?

Oui, oui, parce que les gens vous appellent le soir à 21h, vous appellent le samedi après-midi, vous appellent le dimanche matin et pensent que vous êtes joignables en permanence, il fallait aussi un peu recadrer les choses à ce moment-là, j'en ai clairement ressenti le besoin.

Une petite question par rapport aux réseaux sociaux, comment vous positionnez-vous ? Certains patients ont déjà pu faire appel à vous par ce biais ?

Une seule, c'est d'ailleurs celle qui m'a demandé de la tutoyer, qui m'a demandé en tant qu'amie sur Facebook mais j'ai pas répondu et je pense que je le ferai pas. Après c'est pareil j'ai mes amis qui viennent me voir mais qui étaient déjà mes amis avant, mais qui ne profitent pas justement des réseaux sociaux pour poser des questions en rapport avec mon travail et sinon, je suis pas persuadée que ce soit une bonne chose de communiquer via les réseaux sociaux parce que c'est pareil pour garder une distance relative, je suis pas sûre que ce soit une bonne

chose. Je mets ça dans le même style que donner son numéro de téléphone, donner son adresse mail, je suis pas sûre que procéder de cette façon soit une bonne chose, ça me permet de garder moi une distance certaine c'est clair mais...ma petite bulle à moi. C'est important de ne pas mélanger vie pro et vie privée.

Vous arrive-t-il de rencontrer certains de vos patients en dehors de l'exercice médical ? Dans quelles circonstances : vie quotidienne, loisirs, autre ? De manière fortuite ou volontaire ?

Y'a un peu de tout, donc y'a effectivement les gens que je connais, des patients qui sont encore mes amis, qui étaient mes amis avant, de part une association de laquelle je fais partie, des patients que je vois du coup au moment où l'association fait certaines manifestations les week-ends, donc c'est pas fortuit, enfin c'est des choses programmées donc je les croise à ce moment-là. Euh...je les croise un petit peu moins puisqu'habitait à 25 km, pour faire tout ce qui est courses, ce genre de trucs, je ne les croise pas et j'ai pas forcément envie de les croiser tous les jours non plus et je reviens du coup au tout départ, quand je vous disais que j'habitais à 25km, c'est pareil, y'a une petite distance qui fait que, on arrive à prendre un petit peu de recul par rapport au travail. Avant j'habitais déjà où j'habite actuellement mais j'avais pas forcément envie de me rapprocher puisqu'on se posait à un moment la question d'acheter dans le secteur mais j'ai pas envie, c'est très bien comme ça. C'est pas forcément une peur mais souvent les gens -pas tous- mais savent que vous êtes le toubib et ils en profitent quand même pour vous poser des questions sur leur traitement, sur leurs trucs. Le petit exemple, c'était quand j'ai pris de l'essence à la station en sortant du village, où le patient se gare à côté de moi, il fait le plein de sa voiture et il me dit « ah, au fait, je suis passée à la pharmacie, il faudrait pouvoir faxer une ordonnance parce que j'ai pris (je sais plus quel inhalateur) ... » Voilà, c'est le genre, en fait le travail prend déjà suffisamment de place dans ma vie, j'ai pas forcément envie que ça en prenne encore d'avantage.

Le fait de croiser vos patients en dehors de l'exercice médical peut-il ensuite influencer sur la prise en charge médicale ?

Je pense pas, avec tous mes amis ça ne pose pas de problème, mais les patients un peu plus proches, mais finalement je ne sais pas ce qu'il faut entendre par là, je pense pas que ça influence quoi que ce soit ; là où j'ai juste eu du mal c'est par rapport à ma famille. J'ai quand même fait changer mon père de médecin traitant parce qu'il avait des soucis de santé qu'il ne m'a pas dévoilé par peur de m'inquiéter et du coup ça s'est quand même fini avec une hospitalisation donc voilà, ça m'a un petit peu servi de leçon. Mais sinon non, je pense pas que ça influence hormis sur les liens très proches.

Dans votre pratique, vous sentez-vous plus investie ou plus proche de certains patients ? De quelle manière ?

Huuuuuum... oui mais alors retrouver des exemples juste comme ça... C'est une bonne question ! Oui, y'a déjà en dehors des patients qu'on voit régulièrement ou même des patients que je vois tous les dix mois y'a une histoire, une espèce de feeling comme ça qui se met en place dans la consultation, y'a des gens qu'on a plaisir à revoir d'autres qui nous gonflent, c'est pas forcément une question de qui vient plus régulièrement ou pas mais on sait que y'a des gens avec qui ça se passe bien et d'autres avec qui ça se passe pas bien et qui ont tendance à demander des choses qu'on fait plus facilement pour certains et pas pour d'autres. C'est plutôt en termes de ressenti plutôt que de fréquence ou de suivi...J'ai peut-être juste un exemple, c'est que y'a certains patients pour lesquels je sais qu'il va me falloir du temps parce que je sais que c'est des gens qui aiment bien discuter, donc j'arrive à les cerner un petit peu. Pareil, l'exemple aussi, c'est ceux qui veulent que l'interne soit avec ou pas en consultation, c'est des choses qu'ils n'ont pas forcément besoin de me dire mais je sais que ça va pas passer. Après en terme de prise de RDV ce genre de choses, je pense pas vraiment faire de différence mais c'est plus sur la durée de consultation, spontanément, vu qu'on travaille sur RDV, je sais qu'il va falloir que je bloque un créneau horaire de plus ; le patient fait qu'il va falloir que je prenne du temps, c'est parce que je le ressens.

Y'a-t-il des patients pour qui, au contraire, vous prêtez attention de ne pas rentrer dans des liens de proximité ?

...Attention, non je ne pense pas, mais il y en a un...parce qu'en plus le fait d'être une femme c'est particulier aussi, car je fais aussi de la médecine manuelle, donc c'est vrai qu'il y a des contacts physiques relativement proches car il y a tout ce qui est manipulation vertébrale et qu'à ce moment-là, je mets une blouse pour mettre une certaine distance, surtout avec les hommes puisqu'en plus ils sont à moitié nus donc ça peut poser problème. Ça m'est déjà arrivé une fois par rapport à ça qu'un patient ait voulu aller plus loin, donc ça m'a un petit peu refroidie et un patient un peu plus âgé qui m'offrait régulièrement des confitures, des machins, enfin X petits trucs, où finalement il est parti, il a changé de médecin traitant mais je ne sais pas pourquoi, il n'y a pas eu de choses particulières à ce moment-là mais ...euh, je sais pas, je me pose encore la question aujourd'hui mais je ne sais pas, s'il attendait autre chose ou pas ou si c'était juste purement amical ou affectueux, je sais pas, j'ai pas trouvé la réponse.

Et justement par rapport à la question des cadeaux, des remerciements spéciaux ; comment vous positionnez-vous ?

Euh je les prends et je les remercie et ça s'arrête là, ça ne m'a jamais mise mal à l'aise.

Et vous n'avez jamais eu l'impression que c'était en attente d'autre chose ?

Pas au jour d'aujourd'hui non.

Selon votre propre expérience, en quoi le fait de lier des liens de proximité avec un patient impacte-t-il la relation de soins ? Plus facile ou plus difficile à gérer ?

C'est un petit peu les deux ouais effectivement. Après je trouve que c'est plus simple quand on se connaît un petit peu mieux pour tout ce qui est encore une fois « mal-être » où les gens se confient quand même beaucoup plus facilement et que les choses évoluent aussi plus rapidement dans le bon sens. Les premières fois où on est venue me voir et que les gens étaient pas bien, ça a pris du temps, maintenant, ceux que je connais qui, on va dire c'est pas des rechutes, mais qui de temps en temps ont de nouveau des moments où ça va moins bien prennent moins de temps à venir m'en parler, ça évite parfois des prises de traitement qui ont pas forcément lieu d'être ; la prise en charge dans ces cas-là est un peu plus simple je trouve, plus adaptée.

Là où ça peut être plus difficile c'est qu'après ils ont tendance à vouloir demander après trop de choses et que tout aille vite dans leur sens et que tout aille bien. L'exemple, ça y est j'en ai un ! (Rires) J'ai un ami et collègue qui est médecin rééducateur, sa secrétaire est ma meilleure amie donc c'est sûr que si moi j'appelle pour avoir un RDV, les choses vont beaucoup plus vite et certains patients qui savent ça, en profitent pour me dire « oh oui mais appelez, vous, au moins j'ai un RDV dans la semaine », donc ça c'est le genre de choses un peu passe-droit, pour prendre RDV chez le spécialiste, c'est pas forcément la chose la plus sympathique. Les patients deviennent aussi plus exigeants, en termes de délai, ce genre de choses.

Vous est-il déjà arrivé de réaliser des actes de convenue ? ...

Oh c'est la question qui fâche ça (rires)

Non, le but est de savoir si vous le faites plus facilement aux personnes qui vous sont proches ou est-ce plus difficile de répondre négativement ? ...

Ça m'est déjà arrivé de faire un certificat médical pour qu'une patiente soit remboursée parce qu'elle devait annuler ses vacances, alors qu'elle était pas malade mais il fallait un certificat pour l'assurance sinon elle perdait sa réservation. Y'avait pas plus de liens que ça avec elle mais après elle était venue de façon assez honnête en me disant « j'ai pas de diagnostic mais il me faudrait un certificat médical sinon je suis pas remboursée pour mon voyage », donc euh voilà faux-certificat mais je l'ai trouvé quand même honnête et j'ai trouvé ça mieux plutôt qu'elle vienne simuler une gastro ou quelque chose qui n'existait pas enfin voilà, après tout se discute... mais oui ça m'est déjà arrivé.

Et avec les personnes proches est-ce plus difficile ou le faites-vous plus facilement ?

Ça dépend des personnes euh ... mes amis ont bien compris qu'il y avait certaines limites à ne pas franchir. Après une patiente en particulier est assez consommatrice de médicaments à tout point de vue, antibiotiques machins tout ça, qui me demande souvent avant de partir en vacances, l'ordonnance avec au moins dix médicaments, pour prévenir les gastros, pour prévenir une infection urinaire, une pneumonie, un machin, un truc ; et c'est juste avec elle que j'ai beaucoup de mal parce que c'est une amie de mes parents et qu'elle est déjà allée râler on va dire, que j'étais pas toujours disponible quand il fallait, ce genre de choses et de reproches. Là j'avoue que je suis un peu en difficultés, parce que j'arrive pas à dire non, parce que j'ai cette espèce de pseudo-pression de la part de mes parents, c'est un peu compliqué à gérer. Mais c'est une personne, ça va. Les autres personnes, ça pose pas spécialement de problèmes.

Avez-vous déjà éprouvé des difficultés à vous positionner avec certains patients ? Une consultation qui vous aurait déstabilisée ?

De cette patiente dont je viens de parler par exemple, c'est un peu compliqué surtout qu'elle va voir les spécialistes sans passer forcément par moi, qui après me demande « ah au fait, je suis allée faire une radio, il me faudrait une ordonnance », c'est très difficile à gérer et je sais que si je mets une limite à cette personne là, ça risque surtout de me retomber à moi dessus parce que ça va prendre une tournure qui est pas forcément sympathique.

Ok et avez-vous déjà eu à faire parfois à des comportements inappropriés ?

Séduction de temps en temps, mais c'est que des hommes parce que je suis une femme donc ça c'est arrivé, jeune... y'a pas eu d'agression ou d'agressivité particulière mais on ressent quand même qu'il y a un petit esprit un peu ... pervers j'irai pas jusque-là mais y'a quelque chose de malsain. Pour le coup, un patient qui vient me voir le 2 ou 3 janvier pour me souhaiter Bonne année et j'ai même pas eu le temps de réfléchir et il m'a déjà fait une bise donc j'étais un peu surprise, ça m'a mise mal à l'aise et je sais plus ce que je lui avais répondu, « oh oui mais en même temps c'était pas la peine d'aller jusque-là », enfin oui pour moi, c'était pas quelque chose de normal même si on se connaît depuis que je suis installée et lui m'a dit « mais c'est bon c'est juste la bise », lui était vraiment à dire que c'était rien d'exceptionnel mais moi j'étais pas à l'aise.

Et en général que faites-vous ?

Ben j'ai tendance à remettre un peu de distance oui à ce moment-là. Et après j'ai encore un autre patient qui a une débilite moyenne qui a été étiquetée et en fait, il est célibataire, il a une cinquantaine d'années et il vit seul, ou avec sa mère je sais plus, il a tendance à draguer un petit peu toutes les femmes qu'il voit, que ce soit la secrétaire, la femme de ménage enfin pas juste moi, donc son médecin traitant et à chaque fois qu'il part, il veut me faire un bisou sur la main et à chaque fois j'enlève la main et je lui dis que c'est pas possible. Bon après voilà, il comprend pas forcément tout ça mais j'ai pas envie d'entretenir quelque chose qui n'a pas lieu d'être en tout cas.

Avez-vous déjà dû réorienter quelqu'un par rapport à un problème de comportement ?

Non, après c'est juste particulier par rapport à mon entourage, avec ma famille par rapport à mon père mais sinon, non. C'était pas forcément une question de mal à l'aise mais c'est qu'il a fait une hémorragie digestive et que le temps que je fasse enfin une prise de sang parce que lui me disait juste qu'il se sentait pas trop bien et que finalement il était anémique à 6.4, ça faisait plusieurs jours que ça durait, mais là c'est la seule fois où j'ai dit de changer de médecin traitant, parce que ça a clairement entraîné un retard de diagnostic.

Dans le cas des visites à domicile, l'aspect relationnel est-il plus facile ou plus difficile à gérer ? Cela favorise-t-il les liens de proximité créés avec certains patients ?

Plus facile pour ma part parce que j'ai pas beaucoup de visites à domicile et que les visites à domicile que j'ai, c'est que des petites mamies bien sympathiques donc c'est vrai que c'est un contact beaucoup plus proche. C'est du suivi et mes petites mamies et moi, c'est une belle histoire ! (rires) Je pense que c'est une empathie réciproque et puis elle me connaissait d'avant et elles sont très contentes que ce moi qui vienne, la petite jeune et tout machin ; et elles me demandent souvent comment ça va, si je suis bien intégrée, enfin elles se soucient un petit peu de moi aussi donc c'est un échange qui est hyper intéressant. Et puis elles me montrent des photos de la famille de ce qui s'est passé le week-end d'avant et y'a des mamies chez qui je bois le café et y'a aucune ambiguïté là en dessous, c'est plutôt positif pour moi.

En tant que médecin généraliste, amenée à suivre des patients sur le long terme, pensez-vous que la proximité qui s'installe au fur et à mesure avec certains patients est une chose plus ou moins facile à gérer au fil du temps ?

J'ai pas vraiment de réponse pour l'instant, ça fait pas trop longtemps que je suis installée. J'ai un peu les deux sons de cloches de la part de mes collègues. Certains ont beaucoup plus de mal parce que les prises de décision à partir d'un certain âge sont un peu plus difficiles à prendre et le fait de connaître les gens depuis plus longtemps, ça complique un peu les choses et d'autres à qui ça pose absolument pas de problème. Mais pour ma part, je n'ai pas assez de recul, d'expérience pour pouvoir vous répondre.

Comment faites-vous face lorsque c'est plus difficile avec certains patients ? Avez-vous déjà pu ressentir le besoin d'en parler ? A qui ?

Groupe de pairs oui, mais plutôt pour tout ce qui est maîtrise de stage et on parle plutôt des soucis de compétences des internes donc ça rentre pas trop dans ce cas de figure. Sinon à mes collègues ou à mes amis de fac, donc ça fait un groupe balint un peu moins officiel mais... Mais j'en parle un peu moins au niveau personnel, justement pour ne pas remettre encore une couche de professionnel là-dedans. Par contre c'est important de pouvoir en parler, après c'est vrai que j'en discute mais peut-être moins dans le détail ou juste dire que quelque chose c'est mal passé ou que y'a un souci, mais je rentre pas trop dans les détails pour préserver ; c'est vraiment plus collègues ou copains de fac.

Ces problématiques-là dans la pratique médicale ont-elles déjà pu vous submerger ou y repenser en sortant du travail ?

Oui, ça m'arrive d'où le fait d'habiter à 25 kilomètres, j'appelle ça un petit sas de décompression où j'arrive à rentrer chez moi un peu plus apaisée je dirais, parce que j'ai eu le temps d'évacuer un petit peu cet espèce de stress et de pesanteur.

Finalement, quelle serait votre propre définition de la « juste proximité » dans la relation médecin-patient ? Et comment conserver à vos yeux, une proximité thérapeutique ?

Ouuuhhh...C'est assez compliqué quand même parce que j'ai pas vraiment une seule définition qui me vient puisque la relation médecin-patient c'est toujours quelque chose qui est basé sur un échange qui est dépendant des personnes, dépendant de mon état aussi au final...le juste milieu...c'est de pouvoir proposer une prise en charge adaptée tout en gardant un respect réciproque, je pense. Donc selon les personnes, il est possible d'être proche et thérapeutique quand même. Je pense qu'il est important de noter de ne pas tout vouloir faire pour plaire (entre guillemets) aux patients et que si y'a des choses qui sont pas à faire, par exemple l'histoire des faux-certificats ou ce genre de choses, il faut travailler pour soi et pas pour les autres en fait ; de pas se laisser marcher dessus parce qu'un patient est exigeant et qu'il exige, je sais pas des antibiotiques, des trucs. Au bout d'un moment, il faut savoir mettre des limites, savoir et pouvoir les mettre ; pouvoir se regarder encore dans la glace en se disant que même si un patient est parti c'est pas grave.

Et depuis votre installation c'est quelque chose que vous avez réussi à faire ?

Oui, mais j'avoue qu'au départ c'est pas évident parce qu'on s'installe et on a envie de faire plaisir et on a envie de créer, alors pas forcément des liens affectifs mais on a envie d'être bien vu et bien intégré donc au début c'était difficile de mettre des limites en disant « ben non je

prescrit pas ça, non je fais pas ci, non je fais pas ça », mais c'est un cap à passer et après c'est quand même plus agréable parce que sinon après vous vous faites bouffer par les patients.

Merci beaucoup.

ENTRETIEN N°9 – 29/06/2016	Journée de repos
54 minutes	Au cabinet médical de l'interviewé

Tout d'abord, j'aimerais discuter un peu avec vous de la relation médecin-patient, comment l'envisagez-vous ? Sur quoi est-elle principalement basée à vos yeux ?

Ben confiance, communication, ça c'est important, la compréhension aussi, l'empathie. Mais je crois qu'on est un très mauvais juste soi-même de sa relation, on peut pas tellement dire comment on est perçus. Et puis je pense, ce n'est pas la même relation, selon les patients. On essaie de s'adapter aux patients, alors comment on le fait...BIP...Après 36 ans voyez, je suis sec, c'est pas si évident que ça.

Pour vous, dans la relation médecin-patient, est-il important de maintenir une distance entre patient et médecin quoiqu'il arrive ou est-ce que la distance s'adapte à la situation/ patient ?

Ben maintenir la distance quoiqu'il arrive, c'était peut-être au départ quand je me suis installé et c'était un positionnement qui allait de soi. Je sais pas si c'était parce qu'on était formé à l'hôpital, parce que c'était une autre génération...mais au fil du temps, moi je m'adapte. Mais bon, il faut sans doute quand même garder une certaine distance, j'essaie de garder une distance raisonnable, je ne fais pas la bise aux gens par exemple. Mais y'a des patients qui ont pris l'initiative de me tutoyer, alors bon, voilà, je me laisse tutoyer et je les tutoie en retour. Mais parfois je me pose la question « pourquoi ils me tutoient ? », certains patients de leur initiative. Alors que moi, ce matin, je me suis surpris à voir un jeune que j'ai connu tout petit, ça faisait longtemps que je l'avais pas vu, parce qu'il est pas souvent malade, et puis je l'ai vouvoyé. C'est vrai qu'au début je l'avais tutoyé et puis d'un coup, je suis passé au vouvoisement, je sais pas pourquoi. Même au courant de la consultation ce matin, j'ai changé alors que je pourrais pas très bien dire pourquoi. Enfin je me suis rendu compte, et ben voilà, c'est plus un bébé, c'est plus un ado ; il est né en 81 donc il a 35 ans...

Et justement au niveau de ces jeunes patients que vous avez pu suivre enfants, vous passez au vouvoisement lorsqu'ils prennent de l'âge ?

Pas systématique. Un coup, je suis passé comme ça au vouvoisement alors le patient m'a dit « mais arrêtez de me vouvoyer, vous m'avez toujours tutoyé », donc c'est lui qui a demandé à ce que je continue à le tutoyer. Donc je suis re-passé au tutoiement par rapport à ce qu'il a souhaité.

Vous me disiez qu'au début de votre pratique il était important de maintenir une certaine distance, aviez-vous dû vous fixer un cadre, des limites ?

Non, c'était pas réfléchi comme ça, « je vais jusque-là et au-delà je m'arrête ». C'était peut-être pour se protéger un petit peu quoi, je me demande si c'est pas un certain manque d'assurance au départ... et puis peut-être aussi la peur de se faire envahir, quand on arrive dans un patelin comme ça. C'était quand même une autre époque, les gens venaient quand même plus facilement sonner etc... Mais c'est quelque chose qui a évolué pour plus de ... moins de distance. Fatalement, y'a des gens que je suis depuis plus de 30 ans, fatalement ça crée des liens, et puis on parle d'autres choses, on connaît la famille, on discute de ci de ça, quand on a le temps. Du coup, y'a plus cette distance, les rapports sont plus confiants. Donc le temps c'est quelque chose qui a certainement joué oui ; je parle au passé parce que je vais prendre ma retraite fin d'année.

Du coup, pour en revenir au tutoiement, sans parler des enfants ou ados que vous avez pu suivre, tutoyez-vous certains patients adultes ou vous êtes-vous mis à en tutoyer certains avec le temps ?

Oui, parce qu'on a eu l'occasion de se fréquenter dans d'autres contextes que le contexte professionnel. Parce qu'on est bien inséré dans la vie du patelin, on a fait des connaissances fatalement, qui sont devenus des relations amicales...Bon...amicales, si on peut le dire, notamment

par l'intermédiaire de ma femme qui est bibliothécaire dans le village, elle a son cercle d'amis et donc on s'est invités, on a mangé ensemble etc... ça m'arrive donc de croiser certains patients en dehors de l'exercice médical via des loisirs ou... mais c'est pas fréquent.

Et donc du coup, ça vous arrive aussi de les croiser fortuitement dans la vie quotidienne ? c'est quelque chose qui vous dérange ?

Ben ça me dérange quand même moins qu'au départ. Je rencontre des gens quand je vais chez le coiffeur, car j'y vais dans le patelin ou quand on fait des courses au supermarché qui n'est pas loin, même si j'en fais rarement. Quand je me suis promené à la fête de la musique, je rencontre des gens que je connais. Bon, je le souhaite pas forcément toujours, c'est clair parce que y'a toujours quand même ce côté professionnel qui reste, donc c'est clair que... Y'a quelques patients, ça ne me dérange pas du tout de les rencontrer, on peut boire une bière ensemble, c'est arrivé... et puis d'autres, on dit Bonjour et puis on passe. Au début, c'est vrai ça me dérangeait un peu plus parce que peut-être que quand y'a une proximité qui s'installe, ben le point de vue médical peut changer, ça c'est clair.

A quel(s) niveau(x) pour vous ?

Ben, est-ce qu'on a toujours cette même indépendance d'esprit, cette même distance ? ça devient plus difficile à ce moment-là de dire non à une demande qui n'est pas tout à fait justifiée. Ben qu'à priori, les vrais amis ne fassent pas ce genre de demandes.

Du coup, était-ce un choix d'habiter dans le même village ?

A l'époque, c'était difficilement concevable d'habiter ailleurs. Ça, ça a changé. A l'époque, le médecin habitait souvent même dans la maison où il exerçait, ce qui était mon cas au départ puisque j'étais en location. Et c'est par la suite que j'ai séparé le privé et le professionnel. J'ai déjà eu des personnes qui ont pu venir sonner et ça a pu me déranger.

Vous est-il possible d'être joint par vos patients en dehors du numéro du cabinet médical ? Portable ? mail ?

Oui, par le portable, que de temps en temps il m'arrive de donner, je ne le tiens pas secret, et par mail aussi. Bon c'est pas systématique mais le portable quand quelqu'un me le demande, je le donne, c'est un outil professionnel mais je leur dis bien que par exemple le dimanche, je ne le consulte pas systématiquement. Avant, y'avait pas de portables mais on était aussi plus disponibles que maintenant, c'est-à-dire que y'avait pas des gardes de semaine, donc on était beaucoup plus disponibles. On répondait la nuit en semaine, y'avait pas les gardes de nuit. Donc ça c'est, à la fois on est plus joignables parce qu'on a le portable mais la nuit je le coupe ou je le mets suffisamment loin pour que je ne l'entende pas.

Avez-vous déjà pu vous sentir un peu oppressé par cette multiplication des moyens de communication ou c'est quelque chose que vous arrivez bien à gérer et que les patients respectent bien ?

Non, ça, ça me gêne moins. Enfin, j'ai pas de portable privé, j'ai que ce portable professionnel. Parfois, je suis en vacances et il arrive que j'aie un coup de fil d'un patient sur mon portable, à ce moment-là, je leur dis qu'il faut appeler le fixe pour joindre le remplaçant. Bon, c'est quand même important qu'il y ait une vie professionnelle et une vie privée, sinon on ne s'en sort plus ... Bon, là j'ai pas répondu au téléphone, depuis peu je mets le téléphone le mercredi après-midi, mon après-midi de congé, je fais souvent des paperasses, mais depuis peu je mets le répondeur pardon le mercredi après-midi. Avant, c'était « au moindre souci, on téléphone ».

Une petite question par rapport aux réseaux sociaux, comment vous positionnez-vous ? est-ce que certains patients ont déjà fait appel à vous par ce biais ?

Ecoutez, non, je n'y suis pas, ça règle le problème. Je connais pas Facebook, je connais pas Twitter, en fin de compte je suis tout à fait étranger à ça.

Vous sentez-vous plus investi ou plus proche de certains patients ? De quelle manière ?

Oui, fatalement, c'est clair, par l'histoire finalement. Un exemple, y'avait un patient que j'avais suivi pour un cancer professionnel, des voies urinaires ; il m'était reconnaissant parce que je l'avais encouragé à faire la déclaration en maladie professionnelle, donc financièrement c'était quelque chose d'avantageux pour lui et lui pour Noël, m'offrait des pâtisseries tous les ans, pas très longtemps parce qu'il est mort assez rapidement, mais du coup, sa femme continue à le faire. Donc ces dernières années, j'ai droit à une pâtisserie locale. Donc c'est clair que ça crée des liens, on est peut-être plus attentif, je demande ce que devient le fils (parce qu'il était en Afrique). Je m'intéresse un peu plus largement à la famille. Après, c'est sûr que y'a certains patients, on accroche plus parce qu'ils ont le sens de l'humour, parce qu'ils sont plus agréables ; voilà c'est une relation humaine.

Est-ce qu'au contraire y'a certains patients où vous avez fait attention à ne pas rentrer dans trop de proximité ?

Oui, ben de toute façon les patients avec lesquels on noue des liens plus proches, ça n'est pas si fréquent que ça finalement. Moi, j'essaie quand même de rester professionnel. Je ne parle pas des patients difficiles où de toute façon, on ne va pas non plus créer des liens particuliers quand c'est le calvaire déjà comme ça.

Selon votre propre expérience, en quoi le fait de créer des liens de proximité avec un patient impacte-t-il la relation de soins ? Plus difficile, plus facile ?

Ben c'est pas forcément plus facile, ça c'est clair. Ben par rapport à la distance physique déjà. Par exemple, examiner une femme au niveau génital et qu'on connaît bien, c'est difficile et je ne le fais pas. Les problèmes urologiques chez ceux que je connais bien, je passe tout de suite la main. Le risque c'est, il faut quand même se méfier de ça, de ces avis entre deux portes, on prend à la légère... enfin, je crois qu'il faut rester-il faut que je parle à la première personne- j'essaie de rester très professionnel. La question du paiement aussi est importante : « est-ce que je fais payer ? est-ce que je ne fais pas payer ? ». Je fais quand même payer les gens avec lesquels je suis plus proche, justement pour marquer que ça reste quelque chose de pro, à quelques exceptions près je fais le 1/3 payant. Y'a aussi des exceptions ...

Et justement pour vous, la question de la distance physique, de ce cadre un peu règlementaire de la consultation, de porter ou non une blouse ?

Au début, je portais une blouse mais j'ai laissé tomber assez rapidement. Mais je pense que c'était encore le truc de l'hôpital, et puis pour marquer la distance, et une blouse ça fait sérieux, ça assoit son personnage.

D'être devenu plus proche de certains patients, a-t-il pu être un bénéfice pour la relation de soins ? en la facilitant ?

J'ai pas en tête un cas où ça a facilité la relation de soins...Faudrait que je passe en revue. Je connais pratiquement la famille de tout le monde, même s'ils viennent pas me voir. Mais, est-ce que ça facilite ? C'est pas évident, il faut une certaine confiance de la part du patient et si c'est un ami ou un patient plus proche, est-ce qu'il dira s'il est pas d'accord avec ma façon de faire, de voir ? Comment s'y prend-il pour me le dire ? C'est une difficulté de communication du coup. Après pour certains patients qui, par exemple, n'ont pas l'habitude de se plaindre et qui disent qu'ils ont mal, c'est que vraiment... mais c'est pas la proximité qui fait que je le ressens mieux. J'apprends à voir comment ils se comportent.

Avez-vous déjà pu réaliser des actes de convenance/ complaisance ? Est-ce plus difficile de refuser lorsque vous avez des liens de proximité avec les patients en demande ?

Ça m'est arrivé. C'est difficile de refuser, enfin plus difficile quand je connais bien les gens. Là récemment, j'ai fait un renouvellement d'ordonnance. Le mari est venu, il m'a demandé si je pouvais faire un renouvellement pour sa femme, et puis je suis quand même allé dans le dossier et puis j'ai vu que y'avait beaucoup de choses à faire, que j'avais pas eu le résultat de l'ADECA... ça met un peu en porte à faux, parce que 1), je l'ai pas examinée, il n'y a pas de raison que je renouvelle ça sans examen et y'avait des choses à mettre au point, au clair. J'étais quand même un peu mal à l'aise...bon, sur une échelle de 1 à 10, mal à l'aise de 2. (rires) Je les connais bien, on a fait des choses ensemble. Bon, ça c'est mineur, j'ai jamais vraiment eu de demandes abusives. Je suis bientôt à la retraite (rires) Mais, disons que quelque chose de franchement déplaisant, je n'ai pas eu à le faire.

Avez-vous déjà pu éprouver des difficultés à vous positionner avec certains patients que vous connaissiez bien ?

Ah ben c'est clair. Ben, justement quand c'est entre le tutoiement et le vouvoiement, où par exemple le patient me tutoie et j'ai pas trop envie qu'il me tutoie. Je reste au vouvoiement, je le dis pas, quitte à ce que après il comprenne. Ça j'ai eu un exemple concret. Y'en a où j'ai accepté le tutoiement, sûrement parce qu'ils me semblaient plus sympathiques... Alors pourquoi est-ce que pour les uns j'accepte et d'autres je refuse ? Ça, je ne pourrai pas vous le dire, je sais pas pourquoi, c'est ce que je ressens. Pour les patients un peu difficiles, qui ont des comportements déstabilisants, ça peut être un peu gênant, moi je l'ai déjà vécu comme une agression. J'ai déjà ressenti ça, du coup, je reste quand même sur mes réserves. Je mets de la distance, en ne rentrant pas dans le jeu, en restant très professionnel, très carré.

Par contre, des patients trop envahissants ou des demandes inappropriées, j'ai jamais vraiment eu, donc j'ai jamais vraiment dû recadrer.

Et par rapport aux situations un peu particulières, telles que les cadeaux, les remerciements spéciaux, les invitations ?

Ça peut me mettre un peu mal à l'aise, mais maintenant c'est pas si fréquent que ça. Bon j'ai une dame qui a 84 ans qui me fait des cadeaux régulièrement, elle est un peu âgée, ça fait des années que je la suis. Régulièrement, elle me donne deux euros de plus, voilà j'ai mes deux euros, c'est un espèce de jeu comme ça. Elle me met aussi un pâté dans la sacoche, d'ailleurs il est encore dedans (rires) . C'est quelque chose qui n'est pas spécialement le bienvenu mais que je finis par tolérer, ça fait partie maintenant de la relation. Je ne pense pas spécialement que ce soit une reconnaissance à mon égard, pas spécialement... Bon, elle me demandait régulièrement du Stilnox® quand même, peut-être en contre-partie. Mais je lui donnerai quand même son comprimé, ça fait partie des rares personnes que je n'ai pas réussi à sevrer. Dans les cadeaux, je pense qu'il y a une attente en arrière plan, sûrement inconsciente de leur part, ce qui me met un peu mal à l'aise, parce que je me dis « si j'accepte leurs cadeaux, tôt ou tard y'aura une contre-partie », c'est souvent ce que je me dis « quelle sera la contre-partie ? ». C'est comme quand un labo vous offre un stylo, c'est pareil, c'est qu'un stylo mais y'a une contre-partie.

Pour les invitations, je me débrouille pour ne pas répondre. Par exemple, j'ai un voisin qui m'a déjà demandé une ordonnance pour sa femme, on a déjà mangé ensemble chez eux, ils ont déjà mangé chez nous. Là ok, parce qu'on a un lien en dehors.

Dans le cas des visites à domicile, pensez-vous que l'aspect relationnel, les liens de proximité soient favorisés ?

Oui, effectivement je pense que ça peut rapprocher un peu plus, on voit mieux les gens dans leur environnement, par rapport aux gens qu'on voit exclusivement au cabinet. Du coup, on rentre quand même dans l'intimité des gens, mais j'essaye quand même de garder, de ne pas voir euh... enfin le serment d'Hippocrate...Et c'est vrai, parce que, je me souviens d'un interne qui avait détaillé comme ça à la personne, « ah voilà ci, voilà ça » par rapport à la maison. Et je lui ai dit « Evite de détailler le truc, quoi ». Parce qu'une autre patiente je me souviens avait fait la remarque une fois, j'étais jeune médecin installé ici, elle avait changé de médecin parce que son ancien médecin lui avait dit « Ah cette commode-là, elle est bien, si vous voulez vous en débarrasser, je suis preneur », et ça avait vraiment pas plu à la personne, elle l'avait mal vécu, mal ressenti à juste titre. Mais c'est vrai que parfois quand on est à domicile, les gens vous montrent des photos, donc on a le droit au...enfin, je regarde poliment mais je fais quand même attention de ne pas aller trop loin mais ça fait partie de la relation. Si eux prennent l'initiative de montrer parce que bon voilà, j'ai une mémé elle était toute contente de me montrer les photos du mariage de sa petite fille, je les regarde ; je pense ça aurait été un affront si je ne les avais pas regardées. Le médecin, au bout d'un moment, fait un peu partie d'une sphère peut-être pas familiale mais relativement proche.

En tant que médecin généraliste amené à suivre des patients sur le long terme, pensez-vous que la proximité créée avec certains patients soit une chose plus facile ou plus difficile à gérer au fil du temps ?

Non, disons qu'au fil du temps, les relations deviennent plus proches mais si ça se fait dans l'optique de soins, finalement ça roule, ça ne pose pas de problèmes majeurs. C'est pour ça que y'a des patients qui viennent ici et finalement avec les années qui passent ont plus de mal à se déplacer et on les voit exclusivement à domicile, où c'est du coup plus proche, mais si ça reste cadré par le soin, ça ne me crée pas de problème.

Pour vous, quels sont les risques d'une perte de distance ?

Difficulté de traiter, difficulté d'examiner, de garder un point de vue objectif, il ne faut pas faire d'actes à la sauvette. Au niveau professionnel, il faut une CERTAINE distance même si au fil du temps, elle peut se réduire, c'est adaptatif. C'est clair que y'a des gens au bout de 30 ans, on est plus proche, ils connaissent plus de choses de ma famille, je connais plus de choses de leur famille ; on peut avoir des discussions en dehors du sujet strict médical. Mais malgré tout, le fil conducteur c'est qu'il faut rester vigilant sur ça, je trouve.

Vous m'avez dit ne pas avoir spécialement rencontré de problèmes relationnels avec les patients durant votre carrière médicale ...

Ah si j'en ai rencontré mais pas à cause de la distance, plutôt parce que certains patients m'en voulaient, ils pensaient que j'avais fait une erreur de diagnostic... peut-être cette mamie, quand je me suis installé, elle était parfois un peu trop envahissante, elle me posait des questions personnelles qui me mettaient mal à l'aise.

Avez-vous déjà parlé ou pu ressentir le besoin de parler de ces problématiques rencontrées avec les patients ? Avec qui : sphère personnelle, groupe de pairs, Balint ?

J'avais fait un Balint, on en parlait beaucoup, je voulais voir un peu ce que c'était. C'était pas mal, positif. On était quelques médecins de T., on faisait partie d'un groupe de formation continue et donc on a lancé un Balint et on était supervisé par une psy de T., ça aussi ça nous a apporté des choses. On avait effectivement parlé de tutoiement, ce genre de choses. Je ne sais pas si j'ai modifié ma pratique après, en tout cas pas de manière consciente. C'était aussi bénéfique dans la mesure où y'avait pas que ces problèmes de la relation médecin-patient, on a abordé d'autres points, mais aussi de l'attitude, comment on se positionne en tant que médecin. On se croit l'obligation de devoir résoudre tous les problèmes de la Terre et finalement c'est un péché d'orgueil quoi. Simplement de dire aussi, bah voilà y'a des choses que je ne peux pas faire et voilà, notamment vis-à-vis de certains patients qui sont toujours dans la demande et il faut leur dire « ben je sais pas faire... ».

Ce genre de problématiques ont-elles déjà pu vous submerger, en sortant du cabinet ?

Non, non ça non. C'est pas jusque là. J'ai ressenti des échecs, des choses où je suis passé à côté, ça oui ; ou alors des gens qui sont partis je savais pas pourquoi, « où est le problème ? ». C'est d'ailleurs le cas le plus fréquent, on n'a pas d'explications. Donc là, on se pose des questions, parfois le dimanche ou le soir, y'a des cogitations.

C'est justement arrivé avec des gens proches ?

Oui, oui c'est arrivé aussi donc ça interpelle un peu plus. Là y'a une patiente qui ne m'a plus appelé pour son fils qui est trisomique que j'avais quand même suivi pendant longtemps et je sais pas pourquoi, donc là ça m'a un petit peu travaillé effectivement ; je m'étais peut-être investi un petit peu plus, j'avais pensé que la relation était justement un petit peu plus proche, mais est-ce qu'il y a eu un loup quelque part ? Enfin voilà, c'est aussi pour ça que Balint c'est utile.

Quelle est votre définition de la « juste proximité » ? Comment conserver, à vos yeux, une proximité thérapeutique ?

La juste distance ?

Moi, j'ai choisi de parler de juste proximité ...

Ah oui, juste proximité c'est mieux oui. C'est vrai qu'on est dans une relation humaine où il y a forcément de la proximité. Le rôle de confident crée de la proximité. C'est un vaste sujet, on en a parlé au Balint mais au final après, on se retrouve quand même de nouveau seul. Moi, dans le patelin, j'ai beaucoup de mal à enlever ma casquette de médecin. Mais y'en a qui me disent « Salut P. » en dehors mais même au cabinet, parce qu'on ne peut pas non plus faire cette schizophrénie, il faut une certaine unité. Mais le « Salut P. » finalement, j'ai quelques patients en tête, ça n'empêche pas une relation professionnelle, il faut veiller à ça : « pourquoi tu viens, qu'est-ce que tu as ? », Examen clinique, être systématique. Finalement, c'est le « You » anglais, on remplace le « tu » par le « vous ». Finalement, souvent le « Tu » c'est une façon de , les gens sont plus à l'aise dans le tutoiement. Y'en a un quand il vient, j'ai dit à l'interne tu verras il m'appelle par mon prénom tout le temps, mais y'a quand même 20 ans d'écart et il me tutoie. Mais là, je peux remplacer le « Tu » par le « Vous », ça modifie quasi pas la relation de soins, en tout cas j'ai l'impression, ça ne me rapproche pas spécialement de lui. C'est un côté un peu folklo, sympa mais je suis dans la même vigilance. Je me suis adapté à ce dont il avait besoin parce qu'il a l'air d'être plus à l'aise mais ça ne modifie pas mon regard de professionnel. Elle se sent peut-être plus en confiance ou elle a peut-être plus de facilités à s'exprimer, donc là ça reste thérapeutique. Son épouse par contre, je la vouvoie. Y'a pas forcément le même ressenti.

J'ai pas vraiment de conseils, c'est tellement personnel. Je crois qu'il y a des gens qui sont très doués là-dedans et d'autres moins, ça peut se travailler ; mais des conseils je m'en garderai bien.

Et au contraire, selon votre propre expérience, des choses à complètement déconseiller ?

Oh, la familiarité clairement, je crois que c'est quelque chose à réellement éviter. Ça, je me souviens d'un truc. J'étais médecin du sport et donc vous étiez convoqué au club pour voir 30 footballeurs en une soirée et puis après, on vous offre une bière, donc bon, vous buvez la bière. Mais là y'en avait un effectivement, qui commençait à taper dans le dos etc, là j'ai quand même réagi, j'ai rien dit mais j'ai fait comprendre que ça ne me plaisait pas. Sinon, ça ne va plus.

Merci !

ENTRETIEN N°10 – 06/07/2016	Journée de repos
49 minutes	Endroit neutre choisi par l'interviewée

Tout d'abord, j'aimerais discuter un peu avec vous de la relation médecin-patient, comment l'envisagez-vous ? Sur quoi est-elle principalement basée à vos yeux ?

Sur la confiance et le respect réciproque, pour moi c'est la chose la plus importante. Moi personnellement depuis le début, je ne fais rien pour garder des patients qui ont un problème de confiance, je n'insiste pas pour qu'elles restent. J'essaie de rester à l'écoute du patient dans sa diversité mais je pense que les patients vraiment lourds, que je sens vraiment qu'ils n'ont pas confiance, je leur propose vraiment, je leur dis très clairement que moi c'est mon avis, que c'est pas forcément la vérité mais que sur cette question j'ai cet avis, mais qu'ils ne sont vraiment pas obligés de l'accepter et ils sont surtout pas obligés de revenir. Pendant longtemps, avant la signature du médecin référent ou médecin traitant, y'avait un truc qu'on n'était pas obligé de faire, un choix de contrat bien sûr que j'ai pas fait, bien que ça pouvait ramener de l'argent parce que pour moi signer un contrat avec le médecin et le truc de « c'est mon médecin et je peux pas aller ailleurs et je peux pas demander un deuxième avis » ça me semblait pas coller pour moi. Pour moi c'est important que la personne qui vient, elle se sente libre de venir et de partir.

Pour vous, dans la relation médecin-patient, est-il important de maintenir une distance entre patient et médecin quoiqu'il arrive ou est-ce que la distance s'adapte à la situation/ patient ?

Moi, ça m'a semblé assez vite essentiel dans la mesure où j'ai assez vite senti beaucoup de gens qui voulaient devenir assez vite intimes avec moi et je sentais très vite que ça, ça pouvait être un piège et surtout quand on démarre on n'est pas très sûre de soi encore, on n'est pas très...C'est quand même un lourd problème que de gérer la santé des gens et donc j'ai tout de suite senti le besoin de rester le médecin et de garder certaines distances. Y'a des gens, des patients, surtout des hommes qui montraient... j'étais jeune, en tant que femme en plus à un moment où y'avait pas autant de femmes dans la médecine générale. Moi, mes premières FMC, j'étais toujours la seule femme avec des hommes déjà plus âgés que moi, installés, quand y'avait une femme c'était une représentante de labo et ben c'était pas évident, et c'est déjà

pas évident de s'imposer en tant que médecin femme à mon époque, je pense que ça va changer pour vous, je vous le souhaite. Et ça a été pour moi assez difficile de faire autorité, j'ai vraiment galéré ; c'est du passé pour moi mais je m'en rappelle.

C'est quelque chose que vous avez initié dès le départ ?

J'ai dû, j'ai dû. Les patients qui m'appelaient par mon prénom et tout ça, j'en ai eu. Je suis pas la gestapo, moi j'ai pas su forcément m'en sortir... On est sur une petite ville, je dirais que mon ex-mari a été moins attentif ; parfois on était invité à des mariages, des trucs comme ça, pourtant je suis plus sociable que lui mais moi ça me pesait en dehors de mon travail d'être encore le médecin de quelqu'un. Et tous les temps (perso) ou là où je vais, je veux plus être le médecin quelqu'un. Sachant que moi j'ai toute ma famille dans le coin et que je me fais piéger par ma famille et les amis et tout ça, je me suis fait piéger longtemps, je crois que je m'en suis sortie vers 40 ans, j'en pouvais plus parce que j'avais plein de gens qui abusaient de ma gentillesse je pense, qui venaient chez moi ou la famille sous des prétextes de problèmes de santé, je me retrouvais avec mes gamins sur mes genoux en train de parfois gérer les problèmes de santé graves chez moi. Je m'en sortais plus, j'ai dû plus ... sortir de moi, devenir plus intransigeante. Donc je dirais que mes problèmes sont plus venus de l'extérieur que de mon cabinet, parce que dans mon cabinet j'ai été vigilante dès le début. Je dis pas que j'ai pas eu de problèmes mais j'ai essayé de cadrer. Maintenant, régulièrement des femmes, en ce moment c'est plus des femmes qui me demandent, les gens savent que je suis seule, c'est une petite ville ils connaissent ma vie et certaines femmes essayent de devenir mon amie, elles me font des propositions. Parfois, j'ai des doutes parce que je suis sur une petite ville, je pourrais quand même avoir des copines autour de moi, et en fait je me rends compte que je donne pas suite, parce que j'ai vraiment envie d'avoir deux vies différentes. Au travail, je suis le médecin, donc vous voyez là je viens m'aérer à X. Sinon, je fais des courses rapides avec des lunettes de soleil, parce que les gens me suivent, me demandent des nouvelles de leurs résultats, des choses, alors que moi j'ai la tête complètement ailleurs. Dans ma ville, soit je marche au pas rapide, si je me promène je peux prendre mon carnet de RDV et donner des RDV dans la rue. Les patients sollicitent quand même.

Le temps a-t-il fait évoluer les choses ?

J'évite quand même, je fais partie d'aucune association sur la ville bien que j'aie beaucoup de sollicitations pour éviter ça. Ça devient trop compliqué si vous devenez copain avec les gens que vous soignez. Aider je le fais car j'ai déjà tout cet héritage de mon village qui est à douze bornes, où j'ai des copains qui viennent. J'ai déjà trop galéré avec eux, avec ma famille, j'ai dû me battre pour le respect de ma vie privée assez durement parce que c'est pas mon naturel d'être dure. Ça m'a coûté trop, je recommence pas dans ma petite ville. Ça m'a affectée, jusqu'à 40 ans j'étais le toubib partout où j'allais. Puis les gens me cherchaient parfois sur mon temps de repos pour des problèmes de santé tout à fait graves. A un moment donné, je me suis rendue compte que ça n'allait plus que ça me prenait la tête d'être le médecin de tout le monde partout où j'allais, donc j'ai réfléchi sur moi et j'ai regardé. J'étais encore avec mon ex-mari et je me rendais compte qu'avec les amis, que je voyais arriver le temps du questionnaire et je voyais que les gens commençaient à regarder mon mari puis moi, puis mon mari puis moi, puis ils s'arrêtaient sur moi. Et là je me suis dit mais pourquoi c'est pas lui qu'ils embêtent, pourquoi c'est toujours moi... Mais lui il est très fermé comme ça et moi je suis toujours très ouverte. Du coup après pour m'en sortir, parce que ça m'a pollué la vie, j'ai fini par dire des choses qui me semblaient horribles. J'osais pas dire ce que je disais aux gens. J'invite des gens dans mon appart, de la famille qui ramène leur famille et puis tout d'un coup la dame comme ça racontait sa vie, évidemment l'encyclopédie médicale, qu'elle fait des malaises tout le temps et puis je me souviens lui avoir dit « Ecoutez, n'en faites pas, lâchez moi parce que c'est dimanche, je suis pas de garde et je vous laisserai par terre », j'ai dit des choses comme ça...mais ça marchait, les gens comprenaient. Je disais aussi des trucs énormes « si maintenant, je dois vous donner une réponse, ça va vous coûter cher et c'est pas remboursé par la sécurité sociale », des trucs comme ça ; j'ai fait du théâtre entre temps mais ça a marché quoi. Les gens ont compris. Le pire c'est ma tante qui n'habite pas loin de chez moi et qui est très abusive et un jour je lui ai dit que c'était inacceptable ce qu'elle faisait ; elle me donne des ordres, de faire des ordonnances ; en plus pour des trucs qui ne riment à rien, qu'elle me manque de respect. Elle a été très fâchée, menaçante, elle m'a même dit que son petit-fils qui était en Guadeloupe se mourait d'une angine parce que je refusais de faire une ordonnance d'homéopathie, portant j'en fais, mais cette homéopathie je la connaissais pas. J'ai dû aller loin, lui expliquer qu'il n'en était pas question, qu'elle me manquait de respect, que ça ne se fait pas. Je suis quelqu'un de nature plutôt gentille, j'aime pas fâcher les gens et j'ai dû assumer qu'elle a fait tout un flanc après mais bon voilà... J'ai dû apprendre ça, ça s'est pas fait tout seul.

Aviez-vous déjà songé à devoir vous éloigner, éloigner votre lieu d'habitation par rapport au travail ?

Pour moi, c'est essentiel d'aller à pieds à mon travail. Si malgré toutes les difficultés qu'on a eues, je suis dans cette maison et que je vais à pieds à mon travail, c'est parce que je trouve ça un luxe extraordinaire, je déteste la voiture. Faire douze bornes en voiture pour aller à mon boulot, ça me stresse. J'ai réussi, je vais à pieds à mon travail et les gens ne m'arrêtent plus mais c'est vrai que je file, je vois personne, je dis bonjour en passant et je file. L'autre jour, c'est arrivé qu'une dame s'arrête en voiture pour me demander quelque chose, j'ai dit « j'ai une

urgence, je ne peux pas », j'avoue que les urgences c'est bien pratique, je suis pressée, je peux pas. Je suis devenue mais euh... c'est jamais acquis, je peux vous le dire. Au départ, j'étais très attentive sur mon travail mais dans ma vie privée et relationnelle, j'ai pas su tout de suite mesurer, parce que je suis trop empathique, je trouve trop d'excuses aux gens. Les gens ont pris l'habitude mais je suis tout le temps en train de me battre pour que ça ne recommence pas.

Pour vous la distance physique dans la pratique médicale influe-t-elle sur la distance relationnelle ? Est-ce une chose dont vous vous servez dans votre pratique ?

Vu que j'ai l'impression que les gens ont... que je n'impressionne pas beaucoup les gens, c'est l'impression que j'ai, que les gens veulent très facilement être copains avec vous, et que j'ai eu du mal à m'imposer comme médecin même face aux visiteuses de labo qui étaient des filles, face aux secrétaires médicales et tout ; maintenant je crois que je reste de mon côté, je reste à ma place de médecin ; je suis médecin. Parce que moi j'ai passé par ce cap où ma génération, en tant que femme c'était pas facile de s'imposer. J'ai eu un grand problème avec les secrétaires médicales et je leur parle complètement autrement aujourd'hui, j'ai dû apprendre. J'arrivais pas à passer le cap, j'étais trop gentille. Mon collègue ex-mari qui a une voix pleine de testostérone et je lui expliquais, il ne me croyait pas, on n'a pas les mêmes problèmes. Sans compter le harcèlement sexuel de certains patients, ce n'est pas toujours le même problème pour un homme et une femme. Les hommes aussi peuvent se faire harceler par des femmes ... mais moi ça me stressait au début. Pleins de choses me sont arrivées mais maintenant je crois que je suis vieille et y'a plus grand-chose qui m'effraie mais en tout cas je m'en sors mieux. Mais j'ai dû appeler la police deux fois quand même l'année dernière sur le lieu de mon travail. D'abord, un parano, donc j'étais prévenue par sa famille que le gars il faisait un délire total, et un jour il a investi en même temps que sa maman et sa sœur que je connaissais bien, le cabinet ; il était très grand, il m'insultait sur mon traitement et il exigeait que je lui remette à lui la demande d'aide au maintien à domicile pour les personnes âgées alors que sa mère n'en voulait pas, tous les autres membres que je connaissais n'en voulaient pas et j'avais bien compris, donc je lui ai demandé de sortir, que je le donnerai à la maman si elle le voulait. Puis il a refusé, a été très menaçant avec un discours clos de parano que je connais bien. Je l'ai informé que j'appelais la police, ils sont venus et m'ont bien arrangé le problème. La deuxième fois, c'était dans mon cabinet mais c'était pour une histoire de travail de quelqu'un à qui j'avais confié la réfection d'une chaise qui était abîmée et on est arrivé en désaccord d'argent par rapport à ce qu'il avait dit et je lui ai demandé de me donner la garantie de ce qu'il avait dit. Il a dit qu'il me ramenait ça et en fait, il m'a ramené son fils tout musclé, je me suis retrouvée toute seule au cabinet avec des menaces. Là ça n'était pas un patient mais pour le premier, je lui ai demandé de ne plus jamais venir dans mon cabinet sinon j'appellerais la police immédiatement. J'ai aussi eu des menaces de mort de deux maris de patientes, des personnes paranos. L'un était mon patient pendant quelques temps et je lui ai même sauvé la vie suite à deux arrêts cardiaques qu'il a faits à la maison, je l'ai réanimé. J'ai dit à sa femme qu'au 3^{ème}, il fallait qu'elle appelle un autre médecin. C'étaient toujours des patients avec des antécédents, ces trois-là avaient une personnalité paranoïaque.

Avec d'autres patients, il y a eu des dérapages verbaux, que je recadre pas toujours ; des fois je fais celle qui n'a rien entendu.

Dans la relation de soins, que pensez-vous du tutoiement ? Tutoyez-vous certains de vos patients ?

Alors, oui ça s'est glissé dans la mesure où je suis installée depuis 20 ans, donc j'ai suivi des gamins qui sont devenus des adultes et que je tutoie toujours. Pour les autres, j'essaie d'éviter, ça donne trop de proximité mais je dis pas que je suis parfaite. J'essaie d'éviter le tutoiement, ça me paraissait important de garder une certaine distance. J'ai juste du mal avec les gamins que j'ai suivis et qui sont devenus adultes.

Le vouvoiement, ça représente le respect pour moi.

Vous est-il possible d'être jointe par vos patients en dehors du numéro du cabinet médical : téléphone portable ? mail ? autre ?

Alors là par contre, c'est depuis le premier jour que je me bats contre ça, c'est toxique ! Y'en a qui insistent gravement, faut pas le faire. C'est des tentatives de consultations, ça veut dire du travail en dehors du boulot. Là par contre, j'étais protégée, j'avais deux enfants en bas-âge, maintenant j'ai mille patients qui me sont extrêmement chers. Les gens demandent et demandent et me disent « y'a que vous qui puisse me soigner », ça c'est des pièges dans lesquels, je ne suis heureusement jamais tombée, j'avais assez de problèmes et je suis très attentive. Et maintenant je fais les gardes avec mon portable et ça arrive que les gens gardent mon portable et quand je vois que y'en a qui commencent à m'appeler, de toute façon je ne réponds pas. J'écoute le message et je ne réponds pas, je fais tout pour décourager. Les quelques amis-patients qui me sont arrivés par le biais des associations qui sont arrivés dans la patientèle mais qui ont donc mon numéro privé, y'en a beaucoup qui essayaient toujours d'obtenir des renseignements voire des RDV, hors mes plages horaires et qui court-circuitent la secrétaire, et ben je réponds pas. Je suis très très vigilante parce que j'ai été piégée, mais plutôt par l'extérieur de mon cabinet plutôt que par l'intérieur. Ils essayent mais j'ai dès le début fait attention à ça. Le harcèlement pour avoir mon mail, mais ça c'est énorme, imaginez que je commence à faire des consultations par mail et ben alors je les fais payer, ça je peux vous dire. Au début, j'avais aussi un problème par rapport à l'argent, j'osais pas trop demander l'argent, mais je l'ai moins avec le temps, on apprend. Je pense que c'est les proches qui m'ont le plus créé de

problèmes et comme j'ai une grande famille, j'ai des oncles vieillissants et je suis maintenant le médecin traitant de certains oncles qui m'ont suppliée. C'est tellement dur parce qu'ils ont pas un caractère facile que là je pourrais pas en avoir encore dans ma clientèle des comme ça. Ma famille m'a suffisamment fait souffrir sur le plan médical pour que je laisse pas encore des gens de ma clientèle devenir « des gens de ma famille », si vous voyez ce que je veux dire.

Et par rapport aux réseaux sociaux : certains patients ont-ils déjà fait appel à vous ?

Ah oui bien sûr, Facebook, j'ai mis mon truc sur Facebook et j'ai donc des patients qui demandent régulièrement à être amis mais bien sûr je refuse. C'est tellement essentiel pour moi d'avoir une vie de non-médecin que je suis très très vigilante.

Vous arrive-t-il de croiser certains patients en dehors de l'exercice médical : vie quotidienne ? loisirs ? de façon volontaire/involontaire ?

Je fais pleins de choses, je danse et tout et quand je vais à la danse, les filles me disent des fois « tu mets l'affiche dans ton cabinet », je leur dis « vous rêvez les filles, vous croyez que j'ai envie que mes patients viennent me voir danser ? ». J'en vois quand même, j'ai aussi des copains médecins dans la salle. Moi, je suis toujours à l'arrière, alors j'enlève mes lunettes comme ça je suis neutre, je vois personne. Pour moi, c'est vraiment important, je suis deux personnes différentes. Si je les croise c'est involontaire, moi j'y arrive pas. J'y arriverai même pas, on m'a demandé bien sûr d'aller sur la liste municipale, j'ai dit que pour moi c'est pas compatible, c'est trop. J'imagine déjà, moi qui me charge déjà de beaucoup de choses pendant la consultation, me charger en plus de leurs problèmes de voisinage. Moi ça me paraît incompatible.

Dans la vie quotidienne, je dis juste bonjour, enfin je crois que je dis bonjour, mais je suis dans mon truc. Y'a pas de soucis je peux dire deux mots, par contre mon ex-mari ne sortait pas dans la ville du tout, ne faisait pas de courses dans la ville. Moi je fais des courses rapides, échange deux-trois mots, je suis pas comme ça. Mais par exemple aujourd'hui je fais mes courses à X. et je rencontre aussi parfois des patients mais moins quoi. J'alterne le marché devant mon cabinet et le samedi le marché de X. parce que là je peux me détendre quoi, je rencontre beaucoup moins de patients. Ceci dit, j'ai l'impression que lorsque je les rencontre en dehors de ma petite ville, ils me harcèlent moins avec leurs problèmes, que quand je suis sur R. et que je suis à l'Intermarché au rayon fromages. Mon comportement joue je pense, je suis assez distante et puis j'ai tout le temps des lunettes de soleil. Enfin chacun fait comme il peut. Habiter proche ne m'a jamais gênée mais je suis toujours restée vigilante.

Depuis votre installation, avec le temps, vous sentez-vous plus proche ou plus investie pour certains patients ? et pourquoi ?

Ben quand on a suivi 20 ans des patients voire des familles complètes, y'a forcément un lien qui se crée. Des fois je suis surprise que les gens restent aussi longtemps, y'a bien sûr tout un turn-over, certains qui vous quittent, certains qui viennent ; mais y'a des gens qui sont fidèles toute la vie. Alors les gens qui sont fidèles, que vous avez suivis dans des problèmes de santé graves ou problèmes personnels, y'a un lien, quelque chose qui se crée. Mais je crois pas que je fais des différences, je refuse de faire des différences pour quelque raison que ce soit, j'essaie de donner le meilleur de ce que je suis capable de faire à chaque personne qui vient dans mon cabinet, je refuse de faire des différences. Je ne donne pas de priorités, sauf si les gens se sentent mal, mais sinon je permets à personne de passer avant l'autre même si je le connais bien. Parce qu'en plus, il serait dangereux de faire ça, y'a même des gens avec qui on a eu des très forts liens et qui vous quittent quand même et après ça fait mal. Moi j'essaie de rester professionnelle, même pour ma famille moi maintenant de garder une distance, ils m'ont demandé d'être médecin donc j'essaie de cadrer le truc et de rester médecin. Il faut se battre ça vient beaucoup de l'autre, enfin ça peut aussi venir du médecin car y'a aussi des médecins fragiles mais l'autre en face a beaucoup de demandes. Finalement, c'est toujours un peu biaisé chez moi parce que y'a toujours certains patients de qui je suis proche parce qu'ils sont pas loin de ma famille, ça, ça joue je pense, avec eux je peux me laisser aller, j'ai le curé de mon enfance qui est devenu mon patient. Y'a quand même des patients qui me suivent un peu par affection comme ça ou qui pensent que je suis un bon médecin et qui me suivent alors qu'on a eu des liens forts, en dehors déjà de ça, donc ça s'est biaisé. Je pense que c'est avec eux que je vais lâcher, quand je vais prendre un RDV on va trop discuter en dehors de leurs problèmes de santé et je prévois des fois un quart d'heure de plus. Mais c'est toujours le fameux biais, je pense pas qu'il y ait un patient strictement patient qui est devenu un ami à qui je donne plus de temps.

Y'a-t-il au contraire certains patients avec qui vous faites attention de ne pas devenir proches ?

Bien sûr, y'a même un patient avec qui je garde mes distances physiques et j'ai dû faire ça pour pas mal de patients hommes qui profitent de la proximité de l'examen pour me mettre la main sur les hanches ou sur le bras. Au début, je savais pas quoi faire, je faisais celle qui n'avait rien vu pendant assez longtemps. Je crois que j'ai fini par enlever les mains et y'a un patient que je fais carrément gaffe de plus l'approcher parce qu'il dérape. Mais je lui ai dit une fois qu'il pouvait plus venir, une fois je lui ai dit qu'il me faisait peur et là il a repris sur lui mais il a récidivé et je fais attention à ma position, quand je prends la tension pour pas lui donner le temps de mettre la main sur moi. J'ai été à un moment donné à 40 ans prise d'envie de rentrer chez moi parce que deux hommes de suite ont dérapé et je voulais même mettre un panneau dans ma salle d'attente que je reçois plus les hommes. Je me suis interrogée sur mes vêtements puis j'ai refusé de changer ma manière de

m'habiller, je me suis dit « c'est à eux de me respecter », mais j'ai dû grandir. J'ai un moment mis ma blouse blanche parce que j'en pouvais plus et puis en fait le premier que j'ai pris avec ma blouse blanche, c'était un patient qui avait un transfert absolument d'enfer sur moi, déjà que je m'appelais comme sa femme, il délirait complètement, j'en pouvais plus. J'ai mis ma blouse blanche et puis il a fait un délire sur moi avec la blouse blanche, c'était encore pire. Donc je me suis dit « enlève ta blouse blanche, c'est pas ça qui va marcher ». J'ai fini à un moment donné par lui dire que je le trouvais mieux et lui donner des RDV à un mois au lieu de toutes les semaines et il m'a appelé immédiatement en me disant que je me suis trompée en lui donnant un RDV trop éloigné, alors je lui ai expliqué que ça allait mieux, il m'a répondu « non, non je suis pas guéri du tout, il faut que je vienne toutes les semaines ». J'ai dû me battre, mais là ça va mieux, je trouve. Certains hommes essayent encore ... Du côté des femmes, elles essayent plus maintenant parce qu'elles savent que je suis seule. Y'a des femmes de mon âge aussi qui sont seules et qui essayent d'être copines avec moi mais c'est moins dérangeant parce que c'est dans un autre registre. Certains hommes ont vraiment dérapé. Je crois que ce qui m'a aidé c'est que j'en ai parlé à des copines quand j'étais en difficulté, l'une était médecin aussi mais anesthésiste, elle avait pas trop ce problème et l'autre n'était pas médecin. Puis en écoutant la réaction des deux, je crois que l'une m'a dit « t'as qu'à te dire que ça peut venir n'importe quand de n'importe quel homme » et c'est vrai que ça m'a aidé ce qu'elle m'a dit, je ne m'effraye plus. Je m'attends à ce que n'importe quel homme que j'imaginai bien, rangé, puisse avoir un dérapage. Du coup, je m'effraye plus. Parce qu'au début, je ne m'y attendais pas, je pense que ça me mettait en faiblesse, alors que maintenant du coup, je suis plus sûre de moi et j'ai moins de problèmes.

Selon votre expérience, en quoi le fait d'avoir des liens de proximité avec un patient impacte-t-il la relation de soins ?

Euh c'est rester euh...réfléchir en tant que médecin simplement et rester logique dans sa réflexion, sans mettre de l'affect, ça me paraît compliqué. J'ai tellement vécu ça avec des proches, notamment avec ce prêtre avec qui j'ai failli passer à côté de son infarctus parce que je voulais pas qu'il en ait un. Je lui ai fait perdre quand même 12h dans la prise en charge parce qu'il m'a acheté avec son affect et que je voulais pas qu'il ait un infarctus. Du coup ça redouble, c'est déjà dur d'être médecin ; si vous mettez de l'affect là-dedans, vous redoublez la difficulté. Travailler sans affect, c'est pas possible non plus, mais quand on a des enfants, comment on délire quand ils ont quelque chose, on voit la différence quand on travaille avec une certaine distance. Je dis pas que je travaille sans affect au contraire, j'ai dû me battre aussi sur l'empathie, je suis trop empathique face à chaque relation. Je limite le temps aussi.

Mais le fait de bien connaître les gens ça m'aide aussi, je vois par rapport à l'interne que j'ai, je vois à la vitesse où je bosse, je vois vers quoi elle va. Moi je connais toute l'histoire des gens et tout ce qu'il y a derrière donc je vais deux fois plus vite.

Du coup, vous est-il déjà arrivé de réaliser des actes de complaisance ?

Oui, je me suis prise en flagrant délit d'un abus que je n'aurais jamais dû faire, comme quoi je peux quand même me faire piéger. Pour des histoires de femmes battues, de femmes qui ont vécu de la violence, là je peux m'engager un peu trop. Pour la première fois, et je lui ai dit, elle m'a fait faire un mensonge ce que je ne sais pas faire. J'en avais tellement marre de cette situation. Quand enfin elle a vu le début de la fin, c'est-à-dire, qu'elle a trouvé un boulot qui pouvait lui permettre de sortir de l'enfer conjugal dans lequel elle était, que je vivais avec elle depuis des années que j'en pouvais plus, elle m'a encore inventé qu'elle allait pas avoir son emploi et qu'il lui fallait absolument un certificat comme quoi elle était vaccinée contre le BCG ou qu'elle a une IDR positive, j'en ai eu tellement marre que je lui ai dit « je vous fais un faux » ce que je ne sais pas faire ; mais elle était dans un tel état de stress qu'elle m'a communiqué et puis quand vous êtes fatiguée... Je lui ai dit « j'ai fait l'IDR qui est négative mais je vais vous marquer qu'elle est positive parce que je veux pas que vous ayez encore un ennui, que ce boulot vous passe sous le nez ». J'étais trop investie dans cette histoire, j'étais proche. En plus quand j'étais à la maison, je me suis dit « mais qu'est-ce que tu lui as mis 2 cm, le mec il va penser qu'elle a la tuberculose... ». Je l'ai pas vue pendant un an, je l'ai vu la semaine dernière, je lui ai dit « ce que je vous ai fait, c'était n'importe quoi et vous m'avez fait dérapé ».

Du coup, c'est plus dur de résister quand c'est un patient qui est proche ?

Cette patiente n'était pas proche pour moi mais c'est MON (lapsus ?) histoire qui m'a touchée, je suis pas intime avec elle mais son histoire m'a révoltée comme beaucoup d'histoires comme ça et ça me révolte tellement que c'est mon désir de trop aider dans ces cas qui peut me faire dérapé. Celle-là elle a eu un truc que j'ai jamais fait et que je referai jamais plus. Avec mes proches, je suis plus redoutable que l'on veuille abuser du cousinage pour avoir des ordonnances et des arrêts de travail, ça je suis redoutable depuis le premier jour. « Tu m'envoies une ordonnance par mail ? », « Rien du tout, je sais pas faire des ordonnances par mail »

Comment vous positionnez-vous par rapport aux situations un peu particulières telles que les cadeaux, les remerciements spéciaux, les invitations... ?

Ah ben comblée de cadeaux, ce qui me dérangeait. Les patients me comblaient de cadeaux à chaque fois que je venais, ah ça me dérangeait. Je leur disais « dès que je peux venir, je viens, je suis payée, pas besoin de me faire un cadeau ». J'avais des patients qui me préparaient des

paquets, et j'avais l'impression de venir chercher mon paquet de légumes, ça me dérange. Si c'est un cadeau une fois par an ça va mais si c'est à chaque visite ça devient gênant. J'avais l'impression que c'était pour que je vienne, comme si je venais pas parce qu'ils me donnaient pas de cadeaux ... ça dépend comment c'est fait. Je l'ai plus trop en ce moment mais j'avais 2 ou 3 patients et d'ailleurs ils m'ont quittée ces patients. Mais qu'est-ce qu'ils voulaient ? Moi je sais pas ce qu'ils veulent, moi je fais mon boulot qui coûte toujours la même chose quoi. Ça me dérange, mais ça va mieux. J'ai mis du temps à me tailler une réputation et maintenant je crois que j'en ai une et je crois que j'ai la réputation d'avoir du caractère. On ne peut pas m'acheter. Je fais la même chose avec les labos, je leur dis « je suis inachetable, j'en veux pas de vos cadeaux ».

Avez-vous déjà eu l'impression que certains patients pouvaient vous faire un cadeau en échange d'un service médical, pas forcément justifié ?

Ça me mettrait dans une rage folle et ils savent que je ne suis pas achetable, et je veux que ça se sache partout. Je donne à tout le monde la même chance, le même soin. J'ai hérité d'une patientèle car je l'ai rachetée à un prédécesseur et il donnait une priorité. Je vous promets, j'en étais pas loin de souhaiter la mort de ces deux patients à qui il a donné une priorité de passer devant tout le monde. Ils venaient, ils se mettaient devant la porte et ils passaient devant tout le monde. Le prétexte, une c'était parce qu'elle était richissime, comme si être riche donnait cet avantage. Je n'arrivais pas à m'en dépêtrer, j'étais mal à l'aise comme tout. Je déteste ça. J'ai pas réussi pour l'une jusqu'à ce qu'elle soit morte. Et pour l'autre, c'est parce qu'elle avait des métastases partout, ça je comprends à la limite plus, mais j'ai après trouvé un arrangement. Mais on passe devant les autres ... Y' a des gens qui essayent mais plus par le biais en dehors, de saisir mes amis dans les associations, pour ensuite avoir mon amitié pour pouvoir ensuite venir passer avant les autres. Recadrer, j'ai dû le faire régulièrement. On peut jamais se reposer, les humains sont comme ça, les relations humaines sont complexes. Y'aura toujours des gens qui voudront avoir des passe-droits. Les gens n'ont pas vraiment confiance et pensent qu'il faut faire quelque chose de particulier pour avoir le meilleur de vous. Je sais pas ce qu'il y a derrière tout ça mais moi j'essaie de pas rentrer dans ces trucs-là.

Dans le cas des visites à domicile, trouvez-vous que l'aspect relationnel est favorisé ou plus complexe ?

Des visites à domicile, moi maintenant j'en fais beaucoup parce qu'on travaille en alternance sur un bureau, donc on avait toujours chacun un créneau. Moi j'en fais dans le cadre légitime, c'est-à-dire qu'on est en semi-rural, j'ai des villages autour, j'ai des patients âgés en pagaille, j'ai hérité de patients âgés d'autres médecins qui peuvent plus se déplacer. Donc à domicile, j'ai des patients très lourds, déments, qui me prennent énormément de temps par leurs pathologies et la lourdeur des choses, mais ça change pas vraiment quelque chose dans la relation...un peu j'aime bien parce qu'on va chez les gens et on voit un peu l'environnement dans lequel ils vivent mais au niveau médical c'est plus compliqué, vous êtes pas chez vous, les conditions d'examen sont parfois difficiles. J'ai déjà fait des visites dans des maisons insalubres et y'avait pas de lumière, avec qui je me suis battue avec les chiens au milieu, alors j'ai dit tout de suite « c'est le chien ou moi ». J'ai mis du temps parce que le chien il est gentil et tout sauf qu'il aboie sans prévenir et que moi j'ai le stéthoscope et que je m'effraye comme tout. J'ai mis du temps à oser dire. Pour le reste, je sais pas parce que je suis vraiment à domicile des personnes âgées qui ne peuvent pas venir. Ce qui fait un lien, c'est l'ancienneté, c'est la bataille qu'on peut mener avec les gens, ça, ça crée un lien. Je me dis parfois que certains patients, s'ils me quittaient maintenant ça me toucherait beaucoup parce qu'on a fait la guerre ensemble plusieurs fois. Mais j'en ai tout le temps qui me quittent quand même et j'en ai d'autres qui arrivent. Là, y'a une patiente qui vient de me quitter, bon elle je me demande encore pourquoi elle a suivi 20 ans, elle a fait que râler pendant 20 ans. Alors ça m'a pas touché, elle croit qu'elle me fait mal. Y'en a d'autres que ça me touche... Bon moi j'ai vécu beaucoup de choses graves dans ma vie sur le plan relationnel donc maintenant je suis armée je crois. Je m'attache à faire du mieux que je peux, avec les gens qui me quittent, j'essaie de voir ce que j'ai fait ou pas et c'est rarement parce que j'ai pas fait ce qu'il fallait. Les gens qui croient beaucoup en vous, qui sont très attachés, il faut se méfier, ils peuvent vous quitter parce qu'ils croient tellement en vous que le jour où il leur arrive un infarctus, ils sont tellement déçus qu'ils vous quittent. Un de mes oncles qui avait un transfert sur moi qui me faisait du bien, il croyait en moi ; il a fait un OAP et ben depuis il a plus confiance en moi, c'est terrible et ça c'est douloureux. Et les patients qui ont des transferts amoureux, c'est très dangereux, ils vous quittent parce que vous pouvez pas répondre à leur amour. C'est pareil ce transfert « je vais avec J. parce qu'elle me protège, il ne m'arrivera rien avec elle », et ben non, je peux pas empêcher les gens de vieillir, de mourir et d'avoir des pépins. Mon oncle c'est un peu douloureux, parce que j'ai pas beaucoup de liens familiaux comme ça où c'est très affectueux, maintenant ça fait 1 an et il m'en veut.

Pour vous, en tant que médecin généraliste amenée à suivre des patients sur le long terme, les liens de proximité qui peuvent se créer sont des problématiques plus faciles à gérer ou plus difficiles à gérer au fil du temps ?

C'est comme tout, y'a des bons côtés, y'a des mauvais côtés. Le fait que je connais très bien leur histoire me permet souvent de faire des diagnostics justes et d'aller plus vite, je le vois par rapport à l'interne, c'était l'enfer avec l'informatique en plus ... mais j'ai pu évacuer tout

parce que je connais bien mes patients. Parfois, j'aime le regard neuf de l'interne qui n'a pas tout en tête et j'aime bien un peu voir ce qu'il voit parce que le risque aussi c'est de passer à côté de certaines choses. Y'a toujours des avantages et des inconvénients. Parfois, j'aime qu'il voie quelqu'un d'autre qui les connaît moins. Mais je crois qu'avec le temps c'est plus facile.

Avez-vous déjà ressenti le besoin de parler de ces problématiques ? De faire des formations à ce propos ?

Oh je crois que je suis assez bavarde...comme mes copines, elles comprennent pas comment je travaille vite, alors que mon ex-mari qui est une tombe dans la vie fait des consultations qui n'en terminent pas. Moi, je suis une vraie bombe dans mon cabinet. En fait, je reste très professionnelle dans mon boulot, je cadre vraiment les choses ; j'écoute les patients et j'essaie de leur poser des questions stratégiques, je suis pas là pour raconter ma vie parce que quand je commence je ne m'arrête pas. Par contre, en dehors de mon travail, je peux déverser. Donc effectivement, mes copines me disent souvent qu'on sait très vite si j'ai un problème parce que je le déverse souvent sur la 1^{ère} copine qui vient et on en parle. Je pense qu'au début de mon installation, j'ai beaucoup tourné autour des groupes Balint, toujours en me disant que j'irai dans un groupe Balint et au fur et à mesure c'est mes copines qui ont dû servir de groupes Balint et j'en ressens plus le besoin. Des formations j'en ai fait, j'ai été à plein de formations et je me sers de tout pour avoir 25 mille cordes à mon arc pour faire face à la diversité humaine. Les formations me servent autant de ce que j'apprends du formateur et à 50% de ce qui se dit entre nous ; y'a les difficultés des uns et des autres aussi et en discuter ça nous apporte beaucoup.

Avez-vous été déjà submergée par ces problématiques ? Et comment faites-vous face quand c'est difficile pour vous ?

Alors moi j'en parle assez vite à quelqu'un en général. Avant c'était mon ex-mari, quand je commençais à être angoissée, je lui disais et lui avait une phrase assez ... il rigolait en général, je sais pas pourquoi ça me faisait du bien. Je crois que vraiment ce qui nous fait perdre la position face à l'autre, c'est quand vous commencez à angoisser. Je pense parce que je me dis souvent, avant je lui disais, il rigolait puis j'avais plus de problèmes donc euh voilà, maintenant je peux plus lui dire donc je gère ça toute seule et ... Ben par exemple parfois, j'avais des patients qui commençaient de tourner autour de la maison et je sortais ... une fois j'ai vu mon patient faire des photos de ma maison, une fois un autre planter du persil dans mon jardin- bon ça, ça m'a pas angoissée- mais le gars qui faisait des photos... L'autre patient avait fait un transfert très fort sur moi et il m'a dit qu'il allait m'apporter du persil, mais je ne m'attendais pas à le voir avec des bottes dans mon jardin.

Pour terminer, quelle serait votre propre vision de la « juste proximité » dans la relation médecin-patient ? Comment conserver une proximité thérapeutique ?

Alors moi je conseille à tous les médecins, futurs médecins de scinder leur vie et de rester le médecin face à ses patients et d'être eux-mêmes ailleurs, d'avoir deux vies. Je conseille dès le début d'être très attentif à l'abus des patients qui ont des demandes incroyables, des demandes...Je le dis aux internes, faut fixer votre règle, on est chacun différent ; il faut vous fixer vos règles dans lesquelles vous êtes capables d'être un médecin et d'être à l'aise. C'est pas les patients qui doivent vous les fixer, c'est vous qui fixez votre fonctionnement et vous devez avoir indispensablement une vie à vous. Je ne pourrais pas être le médecin que je suis si je n'avais pas de vie à moi, où je me remplis de choses où je ne suis pas du tout médecin, où je me nourris moi. C'est vachement important. Et la vigilance, je l'ai encore aujourd'hui. Sans arrêt, y'a des nouveaux patients qui vont tenter de faire intrusion dans ma vie. Je fais beaucoup de psy donc des personnalités un peu psys qui abusent un peu parfois, au niveau du travail même...

C'est le médecin qui fixe. Il faut pas être trop crevée, si vous êtes Burn-outée... Moi, je le vois bien qu'en fin de journée, crevée, burn-outée, je donne plus de choses qu'en début de journée. Un exemple, un antibiotique que je donnerai pas le matin, je le donne le soir. Faut arrêter de croire qu'on est des zorro toute la journée.

Je suis proche de certains patients mais ça dépend comment on l'entend. J'ai des attachements avec certains patients, j'ai des grand-mères qui sont mortes, on avait des supers liens mais c'est un lien qui n'a jamais dépassé le rôle du médecin. Je donne un temps, je donne pas plus de temps. On peut être proche sans être amis. Y'a des patients que j'aime, d'autres que j'aime pas, que je ne peux pas saquer, mais je ne leur fais pas sentir, je trouve ça anormal. Dans certaines associations où j'ai été, je trouvais anormal que le président fasse ressentir son courroux contre certaines personnes, on n'a pas à faire ça professionnellement quel que soit sa profession. Y'a des gens je les déteste, ils me prennent la tête, si seulement ils partaient mais je reste médecin, je fais ce que j'ai à faire. Je crois. Et l'autre fois dans une formation sur le thème de la psychothérapie, on a dû se le faire entre nous médecins et dans le jeu j'étais avec une femme médecin. A chaque fois qu'elle intervenait dans les deux jours, j'ai trouvé grave tout ce qu'elle disait et ensuite elle s'est collée avec moi pour faire le truc, mais j'aurais eu besoin d'un groupe Balint de réanimation à la fin. C'était une femme de mon âge dans la région de R., elle a complètement mélangé sa vie privée avec ses patients. Elle a eu des relations amoureuses avec certains patients dans une petite ville de périphérie... Mais c'était terrible ... C'était catastrophique, elle avait été hospitalisée en psychiatrie, mais elle avait sûrement une personnalité. Je lui ai demandé à la fin « vous me racontez votre vraie

histoire vraiment ? est-ce que vous êtes suivie ? ». « Non, j'ai pas besoin ». Mais elle avait eu au moins deux ou trois relations avec des patients qui se sont mal passées parce qu'elle-même a une personnalité limite.

OK, merci beaucoup.

ENTRETIEN N°11 – 21/07/2016	Milieu de journée de consultations
42 minutes	Au cabinet médical de l'interviewée

Tout d'abord, j'aimerais discuter un peu avec vous de la relation médecin-patient, comment l'envisagez-vous ? Sur quoi est-elle principalement basée à vos yeux ?

La relation médecin-patient, c'est ce qui fait la richesse du métier de médecin et en particulier de généraliste, parce qu'on connaît les gens sur une longue durée, ça participe à aider la prise en charge, à mon avis, des patients ; des fois ça la complique aussi, ça fige des fois dans un certain mode de relation. On a parfois du mal à en sortir, mais je trouve que même quand on vit des situations difficiles avec les patients, après ça crée quand même un lien de confiance ou même un lien, ne serait-ce que d'habitude et ça permet quand même de mieux prendre en charge les patients, quand on connaît un petit peu leur mode de fonctionnement, parce qu'on sait que y'a différents profils. Après, ce qui est enrichissant aussi, c'est de prendre en charge des familles, les enfants, les petits-enfants ; ça peut compliquer la relation parce qu'il faut pas se mélanger les pinceaux et il faut rester dans le cadre du secret médical, mais ça c'est aussi riche. En tout cas, c'est plutôt basé sur la confiance, c'est ce que je dirais.

J'essaie vraiment de m'adapter au profil du patient, après je pense qu'on a quand même certaines habitudes et que forcément on est peut-être un peu formaté soi-même et donc on a tendance des fois, mais bon, avec les années je pense que je suis moins dirigiste, j'ai un petit peu appris à écouter plus aussi les gens, à les laisser plus parler, à moins tout de suite avoir un raisonnement tout fait dans ma tête ; ce qu'on a tendance à faire des fois quand on sort de la fac et qu'on est jeune. Des fois, il faut peut-être aussi accepter que les patients, pour qu'on arrive à avancer, faut aussi qu'ils aient le temps de cheminer. Parfois, on bloque sur certaines situations, c'est pas toujours un cul de sac. Il faut laisser les gens faire un peu leur cheminement eux-mêmes. Ça, je dirais, à force ce qui m'a permis de progresser, beaucoup plus écouter d'abord ce que disent les gens. Avant je pense que j'essayais déjà de faire les questions-réponses, j'étais très systématique.

Pour vous, dans la relation médecin-patient, est-il important de maintenir une distance quoiqu'il arrive entre médecin et patients, ou cela s'adapte-t-il à la situation ?

Oui, moi je pense qu'il faut s'adapter. Y'a des patients avec qui on aura des relations très pros, qui vont faire que l'on garde une certaine distance. Y'a certaines circonstances où on accompagne quand même les gens jusqu'à leur mort, moi je pense pas qu'on peut rester très froid, y'a quand même un lien, de l'empathie, vous pouvez pas non plus... des fois, ça aide aussi, à des moments quand on a un diagnostic terrible à annoncer vous pouvez pas rester de glace. Moi, je pense que c'est pas possible. C'est justement des fois ce qu'on entend un petit peu, de par le ressenti des patients, qui trouvent que certains médecins hospitaliers, leur balancent une info brute de décoffrage, avec souvent des sanctions assez terribles ; et souvent les gens n'ont pas derrière de soutien. Nous, on ne peut pas fonctionner comme ça en tant que généraliste, c'est quand même le médecin de famille. Vous accompagnez quand même les gens, certains jusqu'au bout de leur vie, vous pouvez pas rester neutre et balancer l'info puis passer à autre chose. Après il faut arriver à se détacher et faire la part des choses et ne pas emmener tout à la maison, ça c'est la difficulté.

Pour vous, depuis le début de votre pratique, avez-vous dû vous fixer un certain cadre, certaines limites ?

Oui, ben oui, ça dépend du profil des patients. C'est arrivé. Soit parce que quand on soigne des gens avec qui on a créé d'autres liens d'amitié et ben, je trouve que ça c'est difficile, donc c'est vrai que je demande qu'on vienne dans le cadre du cabinet consulter, pas le faire en dehors, éviter de venir chez moi sauf urgence, essayer de bien préserver la sphère privée de la sphère professionnelle, je pense que ça c'est important. Et bien écouter le patient et puis moi ça me rassure aussi parce que je me dis si je suis plus systématique, plus pro, voilà. Le lieu du cabinet, ça permet, avec la tenue d'un dossier correct comme tous les autres patients, ça permet ce cadre ; je pense que c'est important. Ça, c'est une chose, c'est pour gérer les gens avec qui j'ai des liens d'amitié, soit parce que je les ai connus par le cabinet ou en dehors parce qu'ils sont venus, ou des fois la famille, bien que j'essaie d'éviter de soigner la famille mais ça, on choisit pas toujours c'est difficile. Et puis je dirais, l'autre cadre où des fois, t'es obligé de fixer des limites, c'est quand il y a des patients qui dépassent les bornes quoi, qui comprennent pas, qui vous interpellent comme on vit avec dans le même bassin de population, vous les rencontrez à des fêtes, vous les rencontrez en faisant vos courses au supermarché donc y'a quand même un cadre à fixer je trouve. Ou y'a même des gens des fois qui exagèrent, des patients avec

qui on a déjà été quasiment en clash, soit ils partent, soit on a recadré les choses et puis ils ont réfléchi et ils ont accepté ; ceux qui n'ont pas accepté sont partis. On s'adapte mais le médecin fixe quand même les règles du jeu.

Dans ce cadre, la distance physique, l'organisation du lieu de travail, c'est quelque chose qui est important pour vous ?

Ah ben oui, je pense que le fait qu'il y ait le bureau, bon après y'a le moment de l'examen où on touche le patient, on est proche physiquement, mais le fait de s'asseoir chacun face à face, assis à la même hauteur et que je puisse prendre des notes ; je pense que c'est important. Vous ne prenez pas en charge de la même manière quand vous le regardez en face ou quand vous êtes assis à côté de lui sur un banc ou à une table, vous faites autre chose. C'est pour ça que je pense que limiter le lieu pour le moment de l'examen, de l'interrogatoire, c'est important quand même. Après ça se module. Dernièrement, j'ai annoncé une tumeur à une patiente qui vit vraiment un truc très dur, c'est vrai qu'à la fin de la consult, je l'ai quand même prise dans mes bras parce que je pensais qu'elle en avait besoin, elle m'a pas sauté dessus mais je l'ai senti qu'elle en avait besoin. Le toucher, on sait aussi que peut-être avec des personnes âgées, le toucher, ne serait-ce que de prendre une main lorsque les gens vivent des situations très difficiles, ça aide aussi. Après je dirais que je m'adapte aussi en fonction des profils, y'a aussi des patients qui aiment garder une distance qui sont très, voilà ; faut s'adapter, il ne faut pas être fixé dans une attitude. Après y'a des patients qui obéiront, vous leur direz de faire quelque chose et ils vont tout faire bien consciencieusement et y'en a d'autres de toute façon, ils résistent, ils sont opposants, vous avez les différents profils psychologiques.

Du coup, dans cette relation de soins, que pensez-vous tu tutoiement et tutoyez-vous certains de vos patients, ou vous êtes-vous mise à en tutoyer certains au fil du temps ?

Alors, le tutoiement je dirais que c'est avec les enfants. Quand ils deviennent adultes, souvent je leur demande si je peux encore les tutoyer, parce que bon comme je suis installée depuis 14 ans j'en connais bien certains. Ensuite, les gens que je connais par ailleurs dans le privé qui me tutoient ou on habitude de tutoiement en dehors du cabinet, je les tutoie. Sinon, le vouvoiement ça me paraît être des fois une distance aussi, ça permet de mettre une certaine distance mais c'est aussi une forme de respect pour moi, c'est important. De même, je sais que y'a certains confrères qui appellent des fois les personnes âgées par leur prénom, moi sauf si la personne me le demande, en général je nomme les gens par Mr/Mme. Je pense que c'est une forme de respect et ça permet aussi de poser le cadre, pas que dans le lieu, mais aussi poser le cadre relationnel. C'est vrai que le tutoiement ça peut donner une proximité, ben notamment avec les enfants, ceux que j'ai vus grandir, que j'accompagne dans leur vie d'enfant, d'ado, de jeunes adultes ; bon voilà. Mais c'est vrai que à partir de la majorité, je demande si je peux encore les tutoyer ou comment, ça dépend. De la même manière, comme moi je suis originaire du coin, y'a des gens que j'ai connus à l'école que vous n'avez pas revus depuis 20/30 ans, vous ne savez pas trop si faut les tutoyer ou les vouvoyer, on se pose la question. Le tutoiement, ça ne me gêne pas en soi mais je pense que le vouvoiement et le fait d'appeler les gens par leur nom de famille, je pense que ça permet aussi de dire certaines choses ; après c'est un petit peu en fonction de la personne. Le vouvoiement c'est aussi une forme de respect dans les deux sens.

Après, je pense à une dame, que je connaissais pas, qui est patiente, qui essaie d'établir un lien, qui m'appelle par mon prénom mais qui me dit « Vous ». Donc moi, je ne l'ai pas autorisée mais bon j'insiste pas, elle veut m'appeler par mon prénom, je vois bien qu'elle essaie de créer un lien, c'est un mode de fonctionnement, ça ne me dérange pas. Je lui ai pas dit directement, après je ne suis pas très à cheval sur les titres, c'est comme les gens qui me disent « Madame, ah non pardon docteur », je me formalise pas. Mais je vois bien qu'elle m'appelle par mon prénom, elle essaie d'établir un lien particulier, si ça peut lui convenir, elle est pas envahissante par ailleurs, ça ne me dérange pas. Le vouvoiement c'est pour essayer de garder une certaine distance et moi face à mon métier, j'essaie quand même de préserver ma sphère privée. Je donne pas mon numéro de portable perso par exemple. Bon après y'a des gens que j'ai connus par le cabinet et avec qui après j'ai créé une relation amicale, y'en a quand même, c'est plutôt quand y'a un partage, qu'après on a partagé autre chose dans d'autres circonstances. Après le vouvoiement, c'est peut-être dans mon éducation. Après parfois quand vous avez quelque chose d'un peu difficile à dire à quelqu'un, le tutoiement ça crée une proximité et des fois, c'est pas toujours évident ensuite de poser quelque chose qui fait pas forcément plaisir. Pas que forcément dans la relation médicale, des fois vous embauchez quelqu'un vous vous mettez à les tutoyer et le jour où ça va pas, ben ... le vouvoiement ça crée une certaine distance et ça permet de ne pas dire tout et n'importe quoi. Le tutoiement des fois ça pourrait plus me poser problème dans mon boulot de médecin coordonnateur, y'a des soignantes qui ont le même âge que moi et des fois il faut dire quelque chose qui va pas, ben quand vous avez le tutoiement, les gens peuvent se permettre; c'est pas toujours aussi facile de dire, le vouvoiement permet de garder cette distance que vous êtes obligé d'avoir.

Vous est-il possible d'être jointe par vos patients en dehors du numéro du cabinet médical : mail ? Portable ?...

Alors moi, je ne le souhaite pas. En fait, nous on travaille en association, en alternance, si y'a vraiment quelque chose quand je suis pas là, ça passe par mon associé qui m'en informe, mais moi je ne donne pas mon numéro de portable privé. Alors après c'est vrai que les gens qui me

connaissent en dehors, dans la sphère privée, que je soigne, ont mon numéro donc ils me joignent mais non, en général ils sont assez respectueux. Je le dis que je ne souhaite pas être dérangée à toute heure. Après évidemment, mes voisins sont déjà venus me chercher parce que quelqu'un se sentait mal, je vais répondre, c'est normal. Mais moi, j'ai toujours essayé de me préserver comme ça, de ne pas donner mon numéro de portable. Aussi dans le sens de notre association, comme on est là en alternance, pour pas non plus faire de la déviation de clientèle : voilà y'a une permanence, ils s'adressent au médecin qui est là sinon ils posent la question de quand l'autre sera là, y'en a toujours un qui assure l'urgence. Voilà, ça permet d'avoir une tranquillité quand on n'est pas là au cabinet. Après il faut pas croire, les gens s'ils ne veulent pas en voir un des deux, ils savent très bien gérer autrement, soit c'est urgent et ils vont ailleurs soit ils s'adressent à vous quand il faut quoi. Mais moi, voilà c'était pas mon souhait.

Par mail, je ne souhaite pas non plus. Je demande aux gens qu'ils me laissent un message et ça marche bien. Je suis au maximum absente une journée dans la semaine, sinon je suis toujours joignable soit la journée entière soit la moitié de la journée. Y'a toujours quelqu'un de joignable, si c'est en terme d'urgence médicale ; pour le reste, ça peut attendre. Ça permet d'avoir une espèce de tranquillité. De la même manière, quand on est tous les deux là, celui qui fait les visites a les appels, comme ça celui qui est en consultation est tranquille ; soit il prend les messages il les transmet de façon urgente, soit les gens rappellent dans le créneau horaire. Donc y'a toujours quelqu'un, nous on répond au téléphone de 7h du matin à 19h le soir, du lundi au vendredi soir et samedi matin aussi. C'est pour ne pas me sentir oppressée que je fonctionne comme ça. En fait, moi j'ai toujours choisi ça. Peut-être aussi parce que j'avais des enfants, au début on m'a un peu sollicitée pour être médecin pompier et non, je voyais ça de façon très angoissante d'avoir un bip en permanence, de pouvoir être joignable, dérangible. Voilà, j'ai deux enfants, j'ai un mari qui est occupé, je voulais aussi me préserver des moments où je savais que j'allais pas être dérangée, parce que quand vous avez deux petits gamins, vous pouvez pas dire euh... pourtant, ils ont déjà été ficelés dans la voiture, attachés sur un siège, quand je gérais un OAP, un infarctus ou des choses comme ça. Déjà en rural, vous êtes beaucoup plus confrontés à ça, parce qu'avant y'avait pas de régulation du SAMU ou alors le SAMU vient pas tout de suite et vous êtes quand même appelé en 1^{ère} ligne. Moi je trouvais quand même que cette euh... je sais qu'avant que je m'associe, mon collègue il avait le téléphone, dans tous les cabinets, il répondait quasiment 24h/24 et ça je trouve ça tout à fait ... enfin, moi j'étais pas du tout prête à faire ça. Je pense qu'il faut un temps pour tout et qu'il faut aussi vous reposer la tête, parce que quand vous êtes dérangible 24/24, c'est Pfffff... et puis je fais aussi autre chose dans ma vie.

Par rapport aux réseaux sociaux, comment vous positionnez-vous ? Certains patients ont-ils déjà fait appel à vous via les réseaux sociaux ?

Alors oui, j'ai eu des... du fait de mon adresse, parce que moi je ne suis pas du tout réseaux sociaux, je suis un petit peu ancienne génération, alors qu'il y en a de ma génération qui sont sur Facebook et compagnie. Je suis un petit peu hors de ça, alors certainement que je suis un petit peu décalée mais c'est aussi dans le sens de me préserver, je pense que les choses...enfin les choses utiles qui me concernent, les personnes qui doivent le savoir, le savent. Bon voilà, j'utilise les mails mais pas les réseaux sociaux. Par contre, c'est vrai que des groupes de discussions via mon adresse Gmail, j'ai déjà des patients qui ont essayé de rentrer en contact avec moi, des demandes, en fait c'est le même système que Facebook. Alors des fois, j'ai pas relevé, un patient, je pense que c'était un peu un plan drague, j'ai pas relevé, je le vois, j'ai fait comme-ci de rien n'était, comme-ci je n'avais rien vu et puis bon. Mais ça c'est arrivé l'une ou l'autre fois.

Vous arrive-t-il de rencontrer certains de vos patients en dehors de l'exercice médical : dans quelles circonstances ? vie quotidienne ? loisirs ? fortuitement ou volontairement ?

Oui, alors dans la vie quotidienne c'est plutôt fortuit. Alors là c'est pareil, je reste aimable mais j'essaie de reporter les demandes sur les consultations. Des fois y'a certains patients qui croient que parce que vous êtes à une soirée quelque part, ils vont vous refaire tout leur état de santé ... c'est rare mais ça arrive, les gens en général sont quand même assez respectueux. Mais c'est vrai que j'évite de faire mes courses au supermarché, ou alors j'y vais très très vite au supermarché local, sinon je vais carrément ailleurs pour pas rencontrer mes patients. Ça c'est vrai que des fois ça me pèse, ou alors j'y vais très très vite « Bonjour, machin... ». Des fois vous en avez qui vous font la tête alors c'est énervant, parce que les gens évitent de vous regarder, parce que y'en a un vous êtes fâchés avec, les autres vous racontent sur le trottoir qu'ils ont eu la diarrhée, est-ce que vous avez eu leur résultat... C'est des fois un peu... Une fois j'ai dit gentiment à un Monsieur qui commençait à me raconter toute sa vie, je lui ai dit « Ecoutez, y'a un moment pour la consultation, là j'aimerais bien un peu souffler. Ça me fait plaisir de vous voir mais si on peut parler d'autre chose. Point »

Après dans les loisirs, oui j'ai des loisirs dans des clubs locaux donc je rencontre des patients, mais bon je trouve que ça va, c'est dans le cadre du sport, on parle d'autre chose, même si y'a toujours une allusion « on a un médecin sur place s'il y'a quelque chose... ». Et puis moi, j'essaie vraiment de ne pas introduire de sujets médicaux et je trouve que ça se passe bien. Et puis après y'a des gens que j'ai connus via le cabinet avec qui je suis devenue amie, avec qui j'ai une relation amicale, mais on parle pas, enfin c'est agréable, c'est devenu des amis.

Et finalement, l'entité médecin en toutes circonstances même en dehors du cabinet médical, est-ce quelque-chose qui a déjà pu vous peser ?

Ben des fois quand même en vacances, si je peux éviter de dire que je suis médecin, je le dis pas. Quand on est dans un groupe, souvent on part à l'étranger, bon sauf si ça bien sûr y'a une urgence, je vais intervenir, mais c'est vrai que j'évite des fois au début ; bon quand on me le demande c'est difficile de pas dire mais, j'évite de dire que je suis médecin car sinon dans la demi-heure qui suit, vous avez droit à tout. C'est vrai que ça j'essaie de me préserver, de la même manière que les médias, enfin les moyens de communication, j'ai toujours essayé de me préserver de ce côté-là. Après si on peut éviter de se retrouver avec le pied du voisin de table sur la table parce qu'il veut vous montrer son intertrigo qu'il arrive pas à soigner (rires) , non mais ça arrive quand même. Donc moi, c'est vrai que je fais pas trop ma pub si pas nécessaire, c'est pas quelque chose que je mets en avant parce que je trouve que des fois après, les gens peuvent pas s'empêcher de vous raconter, ça oriente tout de suite, ça biaise presque la relation spontanée qu'on pourrait avoir les gens.

Du coup, vous sentez-vous plus investie ou plus proche de certains patients ? De quelle manière ?

Ben je pense qu'humainement, même si on essaye de traiter tout le monde de la même manière, y'a des gens qui sont plus attachants, y'a des histoires qui sont plus émouvantes et puis y'a quand même un feeling avec certains patients. Y'a rien à faire, y'a quand même des gens avec qui, même si la relation reste au niveau du cabinet, même si ça débouche pas sur une relation amicale hors exercice professionnel, y'a des gens qui ont des personnalités intéressantes, donc je pense qu'il y a des liens plus particuliers avec certains patients même si y'a pas d'autres intérêts et c'est vrai qu'on peut se sentir plus proche. Des fois de dire aussi aux gens, enfin une fois quelqu'un m'a dit « vous ne savez pas ce que c'est, vous n'avez pas eu », l'air de dire moi je souffre et pas vous, et je le lui ai dit « mais vous ne savez pas ce qui m'arrive, je ne vous raconte pas », « ah oui c'est vrai », donc c'est vrai que ça peut des fois aider de dire moi aussi je connais ce genre de situations, pas à raconter votre vie, mais que vous avez aussi traversé certaines choses, ça humanise, ça permet de personnaliser des relations, je l'utilise aussi quand je sens. Et puis c'est clair que dans la relation, vous avez aussi des gens qui en dehors de leur pathologie qui vous confient quand même énormément de choses intimes de leur vie, de leur spiritualité, qui n'ont rien à voir avec l'examen clinique et la pathologie et ça permet aussi de mieux comprendre les personnes. Je trouve que ça fait aussi partie de la globalité pour comprendre, pour essayer aussi de les accompagner au mieux et d'adapter la prise en charge. Je pense que si vous savez que quelqu'un a une spiritualité particulière des croyances particulières, déjà à les respecter pour pas les choquer, il faut le prendre en compte. On soigne les gens mais on les accompagne dans leur vie aussi. Je dirais que les relations, elles vont plus loin, y'a quand même des patients qui viennent, ils savent plus trop à qui se confier ; avant c'était sûrement le curé qui recevait des confessions des trucs comme ça. Y'a des gens qui sont isolés socialement, et ben s'ils viennent pas me raconter leur problème, leur histoire, je sais pas trop à qui ils les racontent. Je pense qu'il y a certains patients qui viennent sous le prétexte d'un petit bobo, ils viennent et finalement on voit bien que c'est un temps de confiance... Alors, il faut faire attention parce que parfois les gens vous demandent aussi votre avis, des conseils, c'est pas toujours facile justement de garder la bonne distance et de ne pas se mêler plus, c'est difficile de rester neutre mais de ne pas s'entendre dire après « ben enfin, c'est vous qui m'avez dit ... », faut peut-être pas dire « maintenant, il faudrait quitter votre mari », quoique je l'ai dit une fois à une femme battue « maintenant, faut peut-être arrêter ». On voit aussi qu'il y a un lien qui se crée autrement, les gens viennent aussi chercher de la chaleur humaine simplement parce que certains ne savent plus où en trouver.

Pour vous, le fait d'être proche de certains patients a-t-il déjà pu impacter la relation de soins, la modifier ? En quel sens ?

Je pense que c'est dans des situations particulières, j'ai pris par exemple en charge, le papa de ma meilleure amie, qui est quelqu'un que je connaissais depuis longtemps, donc évidemment je l'ai pas pris à la légère, y'a des choix thérapeutiques particuliers qui se sont faits. C'était très difficile mais en même temps ... moi j'essaie quand même de toujours respecter la volonté des gens, surtout quand il y a des pathologies qui malheureusement qui vont avoir une mauvaise issue, dans le cadre d'un cancer par exemple. Je pense que le lien de proximité me complique la prise en charge, c'est difficile quand même. Je pense que dans certains cas ça complique mais bon, on le fait quand même. Ça complique dans certains choix, ou avec les proches aussi, une fois c'était super difficile parce que l'épouse comprenait pas du tout ce qui se passait. On croit qu'il y a des choses qui sont sues et il y a des choses qui sont pas dites, vous connaissez les gens et vous croyez que les choses sont claires, mais finalement la relation est biaisée. Par contre, des fois ça peut aider parce qu'on comprend beaucoup plus vite certaines choses, certaines décisions ou on est beaucoup plus en adéquation rapidement. De toute façon, moi je m'attache toujours quel que soit le patient à bien connaître leur environnement, à bien connaître leur mode de vie, à ce qu'ils aiment ; ça m'intéresse.

Vous est-il déjà arrivé de réaliser des actes de convenance/ complaisance ? Et est-ce plus difficile de vous positionner quand c'est quelqu'un avec qui vous avez des liens de proximité ?

Oui, ça m'est déjà arrivé d'avoir de situations difficiles de ce type, mais enfin bon j'ai remplacé des confrères qui ont eu des sacrés problèmes, notamment un qui a été interdit d'exercice pour avoir fait un certificat de complaisance, notamment une demande d'arrêt de travail via le père, parce que c'était un copain machin, pour cacher qu'il était en garde à vue, donc il a été interdit d'exercice pendant un mois pour cette faute ; donc euh, ça calme ! Donc, on est quand même bien informé par l'ordre. Moi j'essaie toujours quand même, des fois ça fait pas plaisir de dire non mais bon j'essaie toujours de rester à peu près dans les clous, bon des certificats de complaisance, ça dépend, je dis pas que j'en ai jamais fait, mais j'essaie toujours de rester quand même dans les clous, parce qu'après à la fin si y'a des répercussions sur vous et votre activité ... moi je pense que j'ai pas fait 10 ans d'études pour être gentille ou rendre des services, je suis là au service des gens, c'est pas la même chose que rendre des services et pour le faire dans le respect de ce qui a été fait. Y'a des lois, y'a des certificats, faut faire très attention à ce qu'on écrit, on n'est pas là pour faire plaisir, on est là pour constater les choses et que les gens aient droit à ce à quoi ils ont droit ; mais là je suis encore assez rigide. De toute façon, qu'est-ce que ça va être, j'avais une fois une histoire avec ma voisine, je me suis un peu fâchée, c'était une copine qui me demandait un certificat pour annuler un voyage parce que son copain lui avait pris un voyage non remboursable et que sa carte d'identité était périmée et comme elle avait pas de passeport...de toute façon, maintenant ils sont tout de suite calmés car les assurances demandent un tas de trucs à remplir, d'ordonnances datées, pour prouver. Donc ça vous l'expliquez aux gens et dans l'ensemble je suis assez ferme là-dessus parce que je veux pas me sentir pas bien, après je rumine ça, j'aime pas faire des choses sous la contrainte. Et puis après ça évite que les gens vous demandent un tas de trucs ; alors évidemment, je refuse pas d'avancer une ordonnance parce qu'ils ont pas le temps, mais j'évite aussi parce qu'il y en a qui abusent. C'est vrai que les certificats de travail rétroactifs, moi je fais pas ; et c'est vrai que c'est pas facile de dire non, des fois y'a des gens qui sont fâchés, qui le prennent mal, qui estiment qu'ils vous embêtent jamais. Moi, je fais des choses légales et pas illégales, c'est tout. Peut-être parce que, dans un esprit un peu naïf au début, j'ai fait des choses de manière un peu plus légères et puis après voilà. Des fois, on est un peu naïf, on se rend pas trop compte, on veut être sympa mais bon ça, je me suis positionnée. Je pense que c'est pas l'objectif et ça rend pas non plus service aux gens, parce que ça les met aussi dans une situation difficile et vous êtes obligée de mentir pour eux donc bon. Le problème c'est que si vous dites oui après ça vous entraîne un peu dans des situations difficiles.

Avez-vous déjà éprouvé des difficultés à vous positionner par rapport à un patient que vous connaissiez bien ?

Ben par exemple avec le monsieur que j'évoquais tout à l'heure, le papa de ma meilleure amie, c'était difficile, ça a vraiment été compliqué. Y'a aussi déjà eu des demandes inadaptées, des comportements inadaptés, y'a des gens qui sont limite irrespectueux, donc ça je recadre. J'ai déjà mis une ou deux fois quelqu'un en dehors de mon cabinet. Je pense à un monsieur qui a un niveau intellectuel un peu bas et qui est dans une situation difficile d'invalidité et qui a des difficultés financières certaines, et qui en fait venait chez moi un peu s'épancher et puis après, parce que je lui ai refusé un arrêt de travail qui n'était pas justifié, il voulait faire pression sur son employeur et se mettre en arrêt de travail ; comme j'accédais pas à sa demande en lui expliquant que j'étais obligée de le justifier, qu'il n'y avait pas de motif et que je ne voulais pas faire de motif de travail de complaisance ; donc après il était un peu insultant. Donc je lui ai dit que je n'acceptais pas, qu'il y a des bornes à ne pas dépasser, « moi je vous respecte, donc vous devez me respecter aussi », donc je lui ai dit « vous prenez la porte, vous allez où vous voulez, moi je n'accepte pas ce genre de comportement et si vous souhaitez changer de médecin, vous pouvez changer de médecin, voilà ». Après il est revenu, il s'est excusé et puis on a recadré. Après y'a des patients des fois avec qui on va au clash. Je préfère dire non et que la relation se termine, ça vous soulage, plutôt que d'avoir la boule au ventre en voyant certains patients en salle d'attente en vous disant « comment ça va se passer ? Comment je vais m'en sortir aujourd'hui ? », et y'a un moment il faut quand même poser des limites sinon c'est vous qui vous faites bouffer quoi. Le but c'est quand même de soigner les gens et de pas vous rendre malade pour eux ! (rires)

Pour vous, dans le cas des visites à domicile, les liens de proximité sont-ils favorisés ? La sphère relationnelle est-elle facilitée ou complexifiée ?

Pour moi, les visites à domicile c'est essentiellement des gens qui peuvent absolument pas se déplacer ou des gens âgés. Oui, je pense que ça facilite quand même la compréhension car quand vous voyez les conditions de vie de certaines personnes, quand vous les voyez au cabinet, propres sur elle et puis des fois, vous vous rendez compte qu'il y a des situations où vraiment vous demandez comment c'est possible de vivre dans des situations pareilles, ça vous révèle quand même certaines difficultés que rencontrent les patients et qu'ils ne vont pas vous avouer, soit par pudeur, soit par peine. Et je pense que le suivi à domicile ou de connaître les gens dans leur environnement, je trouve que ça apporte quand même à la relation. Et puis je dirais aussi qu'il y a des gens, je me rappelle notamment plusieurs personnes âgées que vous allez voir, en dehors de l'infirmière et du facteur, ben le médecin c'est du lien social. Moi des fois je passe 15/20 minutes d'entretien médical et puis on passe encore 10/15 minutes, je bois un coup à chaque fois, elle me sert un petit sirop et c'est le moment où on papote un peu. Elle attend avec impatience ma visite et c'est vraiment le moment important. Y'a des gens quand même, ils ne voient plus grand monde et c'est

important. Et puis le fait de voir les gens à la maison, vous pouvez aussi anticiper certaines difficultés. Y'a des choses dont les gens n'osent pas trop demander, ou ne savent même pas que ça existe, des fois pour faciliter la vie, ça permet d'adapter une prise en charge.

En tant que médecin, généraliste amenée à suivre des patients sur le long terme, ces liens de proximité qui peuvent être créés au fur et à mesure avec certains patients sont-ils devenus des choses plus ou moins faciles à gérer au fil du temps ?

Je dirais que ça va, mais c'est aussi un peu pour ça que j'ai choisi la médecine générale parce que j'aime bien le lien concret, relationnel, pas forcément pour se faire des amis, mais je dirais que c'est ça qui enrichit le travail, en dehors du côté purement scientifique. Mais je dirais que le temps m'a aidé, c'est ce que je disais, au début j'étais peut-être un peu... quand on s'installe, on a des certitudes et je dirais que avec les années, j'ai moins de certitudes et ça m'a même ouvert l'esprit, dans le sens où je suis plus à l'écoute, je laisse plus parler les gens. Des fois, c'est facile mais des fois vous en avez qui sont en colère qui sont revendicateurs et finalement de plus les écouter et les laisser parler, ça m'a quand même appris, j'ai quand même fait des problèmes là-dedans. Après, je me suis aussi un peu formée en relation. Et puis j'ai aussi fait un travail sur moi-même il y a pas très longtemps pour un petit peu arriver à prendre du recul. A un moment, j'avais l'impression de... des fois, quand vous aimez bien le côté relationnel, c'est-à-dire le côté relationnel c'est très enrichissant mais il faut... j'arrivais des fois à des périodes de vacances complètement épuisée parce que j'ai l'impression que j'absorbais tout, que j'arrivais plus à déconnecter ; la nuit je refaisais mes consults, je me rendais malade pour des patients, j'arrivais plus... alors que des fois, les gens ils se rendent même pas compte que vous vous excitez pour eux, ils se rendent même pas compte que des fois ils sont vraiment dans certaines attitudes de refus « ah non j'irai pas à l'hôpital, je veux pas faire cet examen ». J'arrivais plus à prendre de la distance en me disant « bon, ok, voilà, moi je vous ai donné les clefs, je vous ai donné les outils, si ça va pas vous allez aux urgences ». Avant, y'avait des moments où je sentais que j'arrivais complètement, j'avais l'impression de tout absorber quoi. Bon après je fais de la FMC en dehors, j'essaie aussi de rencontrer des confrères en dehors pour échanger, voilà d'évacuer. J'ai déjà fait partie d'un groupe de pairs mais là je fais partie d'un groupe de FMC où je vois des médecins avec qui je travaille pas forcément directement sur le canton, mais ça permet des fois simplement d'évoquer des situations, de les dédramatiser et puis d'avoir des fois un avis extérieur. Bon j'ai un associé, on communique quand même, mais comme on est en alternance des fois on n'a pas tant le temps que ça. Finalement, cette FMC ça permet après d'évacuer et puis le fait de partager, parfois après ça va beaucoup mieux quoi. Quand c'est un peu difficile c'est bien de parler.

Pour conclure, je me permets de vous demander quelle serait votre propre définition de la « juste proximité » dans la relation médecin-patient ? Comment conserver à vos yeux une proximité thérapeutique ?

Je vais revenir sur ce que j'ai dit avant, je pense que le cadre de la consultation est important, je dis même des fois à des amis ou des proches, tu vas venir au cabinet, on va jouer au docteur. Je pense que de cadrer les choses, d'essayer de séparer quand même le temps de travail médical du reste, en restant correct, en ne se laissant pas déborder, en donnant des horaires fixes, ne pas donner son numéro à tout va ; pour durer et ne pas finir épuisé je pense que c'est important. Après, la juste proximité, il faut réfléchir soi-même à ce qu'on accepte et ce que l'on accepte pas, fixer ses limites et puis être en accord avec soi-même. Que l'on décide de d'être complaisant aux yeux des autres, ok mais si on le fait, il faut être en accord avec soi-même. Je pense que c'est ça le point important pour ne pas ruminer ou se dire qu'on aurait pas dû faire comme ça... après tout n'est pas écrit ça n'est pas facile. Et puis aussi avoir l'humilité de quand on sait pas, de ne pas croire qu'on peut tout gérer tout seul. Moi j'hésite pas à prendre mon téléphone quand je ne sais pas trop ou que j'ai des doutes, j'appelle un confrère, je me sens pas totipotente à tout gérer toute seule, moi je partage pas mal, j'échange ou je n'hésite pas à demander un conseil. La juste distance pour moi, que les gens soient proches ou pas, je pense que dans le cadre du cabinet c'est bien, j'essaie de privilégier la relation au cabinet en expliquant que moi ici, j'ai les dossiers, je peux consulter, c'est plus évident, en restant dans ce cadre. Après le fait de vivre dans le bassin de vie où vivent vos patients, ben ça il faut le gérer, mais c'est vrai que des fois ça peut être gênant de rencontrer certaines personnes que vous n'avez pas envie de voir parce que voilà y'a une situation difficile, vous n'avez pas spécialement envie d'en parler. Globalement, j'essaie quand même d'avoir une vie sociale mais c'est vrai que ça m'a déjà limitée. C'est vrai que je me suis déjà dit « je n'y vais pas ce soir, parce que je n'ai pas envie de tomber sur la fille de Mme Machin ». C'est ce qui fait parfois un peu le hic dans ce boulot-là. Les gens ont partagé des choses très intimes avec vous et ont peut-être peur que dans le cadre de la relation comme ça un peu amicale ... je pense aussi que c'est un frein pour certains patients. C'est pour ça qu'il faut toujours garder une certaine distance. C'est pas dans ses patients qu'on va forcément trouver des amis, ça devient très compliqué après je pense. Après chacun son style.

ENTRETIEN N°12 – 21/07/2016	Milieu de journée de consultations
45 minutes	Au cabinet médical de l'interviewé

Tout d'abord, j'aimerais discuter un peu avec vous de la relation médecin-patient, comment l'envisagez-vous ? Sur quoi est-elle principalement basée à vos yeux ?

Ah je pense la confiance, ça c'est important ; la confiance et le respect. Ça c'est les bases de la relation je crois. C'est dans les deux sens, ben que le patient fasse confiance en ce qu'on lui propose mais aussi qu'on puisse avoir confiance en ce qu'il nous raconte, faut qu'il puisse nous dire les choses sans forcément trop de retenue quoi, pour qu'on ait les bonnes orientations. Et le respect. De manière générale, je suis plutôt informatif. Je pars du principe que je dois informer les gens de ce qui me semble bien pour eux mais je n'ai pas à leur imposer. Le modèle du médecin paternaliste, à mon avis, il est un peu dépassé quoi. Faut que le patient soit en accord avec le traitement qu'on lui propose sinon le traitement sera pas efficace, c'est-à-dire pouvoir même pouvoir opter pour plusieurs modes de traitement, que ce soit du traitement allopathique, du traitement alternatif ou de l'homéopathie, tout en étant quand même au clair avec eux ; en leur expliquant qu'on a des limites dans nos connaissances, dans tel ou tel domaine. Parfois, expliquer qu'on n'a pas toujours la compétence pour, ça c'est être informatif et le modèle paternaliste, il colle pas bien avec ça. Le modèle paternaliste quelque part a envie de proposer à tout prix, même imposer finalement quelque chose par rapport à sa conviction même si on n'est pas sûr, parce que y'a quand même toujours des incertitudes en médecine. C'est l'échange qui prime finalement.

Pour vous, dans la relation médecin-patient, est-il important de maintenir une distance quoiqu'il arrive entre médecin et patients, ou cela s'adapte-t-il à la situation ?

Je crois qu'il faut savoir adapter mais faut faire attention quand même, faut pas mettre le doigt dans l'engrenage de... Faut garder une distance quand même de toute façon, et d'ailleurs si on n'a pas la distance suffisante on peut pas être efficace. Faut être empathique mais faut pas pleurer non plus avec les gens parce qu'ils ont une maladie grave. Donc y' a une distance à avoir et je crois que c'est difficile, c'est un apprentissage, ça, ça prend un peu de temps. C'est pas évident parce qu'on est dans une relation interhumaine donc à partir de là, y'a forcément des affinités, y'a forcément des gens de qui on se sent plus proche avec lesquels on serait presque tenté de partager plus. Quand je dis plus c'est en termes de...enfin donner un numéro de téléphone perso, des choses comme ça pour pouvoir suivre plus, être finalement plus impliqué dans leur vie aux patients. Et je suis pas sûr que ce soit une bonne chose, ni pour le médecin, ni pour le patient.

Pour vous, depuis le début de votre pratique, avez-vous dû vous fixer un certain cadre, certaines limites ?

Alors en fait c'est en fonction des patients et de... moi je vois surtout par rapport au dérangement dans la vie personnelle, c'est plus ça. Là où la barrière saute, c'est quand y'a plus de barrière finalement entre la vie personnelle et la vie professionnelle. Donner un numéro perso pour être joignable, je l'ai fait pour une patiente qui est maintenant décédée, qui était en fin de vie mais bon c'est un contexte particulier parce que son fils était PU-PH et que voilà y'avait quand même un peu de pression entre guillemets, qui faisait que j'étais obligé de m'impliquer un peu plus dans la façon de fonctionner, à l'ancienne du médecin joignable, ils m'ont appelé un dimanche d'ailleurs pour une visite, ça c'est du déjà vu. Y'a un autre patient qui est schizophrène que j'ai repris, j'ai laissé mon numéro de téléphone à sa mère qui m'appelle souvent une fois pendant mes vacances quand même, pour essayer de savoir quoi faire. Et sinon quand il y a un problème maintenant, j'essaye de passer par les infirmiers où je fais un échange par mail pour qu'il y ait justement une distance supplémentaire et éviter d'être en relation directe. Il m'est arrivé effectivement de mettre une barrière avec une patiente qui me demandait de lui donner mon numéro de téléphone personnel, je lui ai expliqué que certainement pas quoi. J'ai ressenti que par rapport à cette patiente en particulier, c'est une personne qui essaye d'être envahissante dans la vie des uns des autres, mais au bout du compte il était hors de question de m'appeler, le dimanche ou de m'appeler... Elle a appelé la kiné comme ça, elle s'est fait rembarrer, ce qui est normal, à un moment on n'est pas à disposition tout le temps. Y'a une continuité des soins via la permanence des soins, on est aussi impliqué dans la permanence des soins, je fais des gardes. Donc quand je suis pas de garde, mes confrères qui sont de garde gèrent ces patients.

A part ces exemples un peu exceptionnels, c'est quelque chose que vous ne faites pas habituellement ?

Non, c'est quelque chose que je ne fais pas, mais qui est accepté et qui fait partie des règles à la base. Quand on dit qu'on a une patientèle qui nous ressemble un peu dans la façon de fonctionner, c'est assez vrai, et quand je parle du respect ; ben voilà la notion de respect, c'est respecter les personnes qui viennent au cabinet dans leur intégrité, ce qu'elle veulent comme elles veulent etc...moi ce que je leur demande comme respect, globalement, c'est d'honorer les RDV, de prévenir s'ils ne peuvent pas venir et puis ils se débrouillent autrement quand je suis pas là quoi. Je travaille 9 demi-journées / semaine, c'est pas mal quand même.

Justement, êtes-vous joignable pour les patients hors du numéro du cabinet médical : téléphone portable ? mail, autre ?

Par mail, je le fais un petit peu, comme ça, ça laisse une liberté justement, si j'ai envie de répondre, je réponds, si je n'ai pas envie de répondre, je ne réponds pas. Après c'est sûr, ça dépend pour quoi mais des fois, il arrive des mails, des gens qui commencent à essayer de faire des consultations par mail, là non. Le problème c'est que mon mail est accessible par le site de RDV apparemment, ils le trouvent comme ça. Et après des gens à qui je demande de me donner des nouvelles, plutôt que d'être dérangé par le téléphone, je leur demande de me faire un mail en leur donnant mon adresse mail et je leur dis que c'est pour ça et y'a pas de débordement. Sur les mails, je n'en ai pas. Après les infirmiers qui fonctionnent par mail, ça marche bien. Je trouve que ce n'est pas envahissant le mail, ça laisse la possibilité de répondre quand on a envie, j'allais dire si on a envie, bon bien sûr si y'a un truc grave il faut répondre mais maintenant quand c'est « j'ai un bouton qui est apparu là, qu'est-ce que vous en pensez ? » « Ben j'en pense rien quoi ».

Du coup, vous ne vous êtes jamais senti oppressé par cette multiplication des moyens de communication ? (son téléphone portable sonne ... rires)

Non (rires) ça c'est pareil le téléphone, je dis aux gens que je ne peux pas toujours répondre, quand je suis en entretien ou en séance d'ostéo, je ne peux pas non plus tout lâcher. Donc, non justement pas, j'ai pas eu tellement à cadrer finalement. Mon tel perso, je suis sûr qu'on doit pouvoir le trouver en fouillant un peu sur le net ; quand je suis de garde c'est mon téléphone personnel qui est donné par le SAMU parce que, enfin pour plein de raisons, et il est déjà arrivé que certaines personnes me rappellent le dimanche sur ce numéro, je leur ai expliqué que je n'étais pas le médecin de garde du jour et qu'il fallait rappeler le 15 et que ce numéro-là il fallait l'oublier. En fait, je pense qu'il faut savoir être ferme sur sa position, après y'a toujours des circonstances exceptionnelles. Je ne suis pas installé depuis très longtemps, mais c'est sûr que quand il y a un patient qu'on connaît depuis 15 ans qui est en soins palliatifs etc, je pense qu'il est difficile de l'abandonner parce que c'est le week-end. Moi je pense que j'ai un discours de jeune médecin installé depuis 2 ans, avec des gens que j'apprécie mais je pense que quand on avance dans le temps, on voit peut-être les choses aussi différemment par rapport aux patients que l'on connaît de longue date. Peut-être s'assouplir un peu avec le temps, peut-être parce que y'a une espèce de lien presque amical quelque part qui se fait avec le temps. Alors après, c'est déjà arrivé pour un patient que je suivais, il était en fin de vie, j'avais laissé mon numéro de téléphone perso pour être appelé pour aller faire le certificat. C'est des cas très précis. Mais bon c'est pas à tout va, je laisse mon numéro de téléphone et le soir devant la télé on m'appelle encore pour me demander si on peut prendre du Doliprane® avec l'ibuprofène quoi ? C'est du déjà vu, donc là je suis pas d'accord quoi. Et l'histoire d'être en ville, sur mon choix d'installation en ville, y'avait aussi mon orientation médecine du sport qui faisait qu'il fallait que je sois sur un milieu assez urbain, mais je pense que dans l'implication dans la vie des gens, en ville, on peut plus facilement mettre une distance parce que y'a une permanence des soins qui est quand même assez complète, y'a des hôpitaux, y'a quand même du relai. En campagne, la permanence des soins, elle se fait, d'ailleurs des fois c'est pas en nuit profonde, donc y'a pas la permanence complète non plus, et du coup, je pense qu'on est plus vite impliqué dans la vie des gens et puis y'a un peu moins de turn-over. Vraiment en campagne, les gens sont installés, ils sont là depuis très longtemps et ils resteront jusqu'au bout. En ville, ça tourne un peu, les gens qui déménagent, des changements de boulot, de quartier ; y'a de tout, les gens changent de médecin, voilà quoi. Donc je trouve que le lieu d'installation ville/campagne, y'a quelque chose dans la relation médecin-malade qui n'est pas du même ordre, à mon avis. Si le suivi est plus long, il peut être plus propice à devenir proche des gens.

Du coup, le lieu de vie pas trop proche, était-ce à un choix ?

Oui bon, ce serait 10 minutes ça me suffirait mais habiter dans le même quartier que mon lieu de travail, ça je pourrais pas. C'est un coup à être vraiment dérangé et on n'est pas trop anonyme quoi. Y'a des gens, surtout c'est des gens du secteur qui viennent chez le médecin du secteur, donc si le médecin habite dans le secteur...euh ouais ... Moi, je suis bien, un peu plus anonyme dans mon village, comme ça, sans être forcément ... « médecin » (dit en chuchotant). (rires)

Je pense aussi qu'il y a un choix d'être assez loin, y'a un choix d'être en ville. Je pense, moi par rapport à mon implication parce que je pense qu'en étant en campagne, j'aurais pu me faire grignoter par le truc quoi et ne pas arriver à mettre la distance suffisante parce que c'est une patientèle qui est plus fidèle, qui a une autre reconnaissance. En ville, les gens sont plus...enfin ils ont peut-être un côté moins attachant que les gens de la campagne. J'ai pas forcément moins d'implication mais ça aurait pu être néfaste pour moi d'être dans une sur-implication dans la vie des gens. Là, je suis juste bien, je me dis que je suis équilibré comme ça, je me sens bien, je suis efficace, je prends du temps pour mes patients, je m'en occupe du mieux que je peux, pas corps et âme non plus. La dissociation entre les 2 vies est quand même importante.

Pour rebondir par rapport aux moyens de communication, une petite question par rapport aux réseaux sociaux : comment vous positionnez-vous ? Certains patients ont-ils déjà pu faire appel à vous via ce moyen ?

J'ai eu des invitations de liens sociaux mais en fait, je fais plus, même Facebook, j'ai mis en stand by, je fais plus. Pour un tout parce que j'ai pas envie d'exposer ma vie partout, parce que toujours cette histoire de scinder ma vie pro et ma vie perso. J'ai déjà pas le temps de voir tous

les amis que je voudrais voir donc j'ai pas besoin d'avoir plus de faux-amis. J'aimerais déjà avoir du vrai temps pour mes vrais amis que je n'arrive pas à voir comme je voudrais. Mais bon, ça se crée le temps...si on en veut, on en trouve, peut-être. Y'a peut-être un temps d'adaptation, c'est ce que je me disais au début mais faut que j'en sorte.

Que pensez-vous du tutoiement dans la relation de soins ? Tutoyez-vous certains de vos patients ou vous êtes-vous mis à en tutoyer certains avec le temps ?

Je suis pas pour parce que je pense qu'on tombe dans le trop proche et je pense que pour être médecin et pouvoir soigner les gens efficacement, je pense qu'il faut qu'il y ait une distance. Il y a une distance minimale à avoir et le tutoiement c'est troooooo...ça rapproche trop finalement dans le discours et je suis pas pour. Alors je tutoie les enfants jusqu'à 15/16 ans, après... ben des fois je sais plus trop. Après je sais que c'est quelque chose qui est pas toujours forcément bien apprécié. Je travaille aussi avec un foyer de personnes handicapées à côté, et je sais qu'il y a des éducateurs qui m'ont rapporté que certains confrères tutoyaient les patients et que c'était pas forcément, enfin bon pour le patient, mais les éducateurs avec un regard extérieur n'appréciaient pas du tout cette situation. En plus, le tutoiement, pourquoi ? C'est des gens entre 30 et 50/60 ans, c'est pas parce qu'ils ont un handicap mental qu'on va les tutoyer plus facilement. Moi je pense que c'est une histoire de respect, ça rentre dans un des mots-clés de respect, du début. Je pense vouvoyer les gens, voilà ; même si de temps en temps il y a des gens qui ont mon âge, il peut y avoir un tutoiement qui sort un peu de façon... enfin plus de la part du patient que du mien, parce que moi je suis assez vigilant avec ça. Mais il arrive qu'il y ait des patients qui me tutoient, je suis pas fan. Je le dis pas parce que j'ai pas envie de les mettre mal à l'aise et que c'est pas récurrent, c'est dans la conversation ça vient, ça sort comme ça. C'est un signe finalement qu'ils sont à l'aise, donc c'est pas un si mauvais signe. Mais on va pas se tutoyer...on fait la fête ensemble quoi. Faut garder une relation médecin-patient. Après oui, je tutoie mes amis de qui je suis le médecin, parce que y'en a aussi qui viennent de temps en temps et qui veulent...bon je le fais, je suis pas forcément content de le faire mais je le fais quand même. Je pense qu'on est moins efficace avec les gens qu'on connaît. Je pense qu'il faut préserver, que ça fait partie du lien thérapeutique, d'avoir une distance, euh... y'a une distance à avoir. Le vouvoiement est respectueux en soi, c'est une marque de respect, même si un « Tu » part de temps en temps sans que ce soit grave, mais la relation de base c'est dans le respect.

Vous arrive-t-il de rencontrer vos patients en dehors de l'exercice médical ? Fortuitement, dans la vie quotidienne ? Volontairement via le partage d'activités/ loisirs ?

Si, si ça arrive en se promenant dans C., ça arrive en cherchant les enfants à l'école, ça arrive au restaurant, plutôt fortuitement. Mais y'en a qu'on croise plutôt régulièrement, comme certains parents à l'école. Ma réaction c'est que je leur souris, je les salue, je leur sers la main et puis voilà, je les connais et puis voilà. Bon je suis pas Johnny Halliday, donc ça va. Y'en a bien qui essayent de parler de problèmes médicaux sur le trottoir mais ça en général, je coupe court. Ça a déjà été amorcé, alors je leur dis que j'ai pas tout le dossier en tête et qu'il faudra qu'on revoit à l'occasion, de façon polie et respectueuse encore mais je coupe court parce qu'on n'est pas dans la rue pour faire une consultation non plus. Sinon, non, on se salue. Après sinon, ça peut être au restaurant, la table d'à côté le fils d'une patiente qui avait été hospitalisée...c'est même moi qui ai demandé des nouvelles et il m'a raconté deux/trois trucs qu'il avait à me raconter. Je sais que lui par contre il s'est fait engueulé ; sa mère, donc ma patiente lui a dit qu'il aurait dû me laisser tranquille, mais c'est moi qui avait demandé car je suis quand même mes patients. J'avais pas eu de retour autre, je le croise lui, je lui pose la question, parce qu'il y a eu un évènement particulier. Après quand y'en a qui commencent à me dire « j'ai mal au genou là », je leur dis « écoutez, on verra ça à l'occasion, je sais pas quoi vous dire là, je sors du magasin avec mes courses dans les mains. Je vais pas tout lâcher pour examiner le genou quoi ». Mais après c'est peut-être tout simplement une façon de communiquer, parce que le patient communique avec son médecin sur son état de santé de façon générale, donc il croise son médecin et au lieu de juste lui dire Bonjour, s'il a envie de parler un peu plus, il va peut-être dévier sur son problème de santé du moment... peut-être... En tout cas, pas de partage volontaire avec les patients mais des propositions j'en ai, ça y'a pas de problème. On m'invite à boire le café, à boire une bière, je suis invité à aller à la chasse (rires) à quoi encore ? A aller faire du ski, on m'invite à pas mal de trucs. Y'a des patientes qui me disent « vous trouvez ça déplacé si je vous invite à boire un café ? », je leur explique que j'ai pas le temps, c'est bon j'ai une vie de famille, j'ai trois enfants à gérer ; « j'ai pas le temps d'aller boire un café, je suis désolé ».

Du coup, vous sentez-vous plus investi ou plus proche de certains patients ?

Ben y'a forcément des patients chez qui on est plus impliqué de toute façon, soit de par leur état de santé... Y'a deux situations, soit c'est un état de santé difficile ; exemple : là une patiente de 45 ans qui a appris son diagnostic de cancer du sein etc. Y'a un côté touchant parce que y'a cette pathologie et puis voilà c'est une patiente que j'apprécie à la base avec qui le contact passe bien, donc effectivement on se sent un peu plus proche. Et puis y'a aussi tous les phénomènes de projection ; exemple : j'ai une patiente d'une vingtaine d'années qui a perdu son père et cette fille, elle a le même prénom que ma fille et puis elle est blonde un peu comme elle donc là c'est tout de suite y'a le phénomène

de projection et on est forcément plus dans l'empathie en fait. Là après, on se sent forcément plus proche de certaines personnes que d'autres ; par un contact, par un partage, par un centre d'intérêt commun, par des ressemblances...oui donc effectivement on se sent plus proche de certains patients de toute façon. Après y'a des patients qu'on voit extrêmement peu, qui viennent pour un problème aigu une fois de temps en temps, voilà on se respecte... Après les gens qu'on voit plus souvent parce qu'ils ont une pathologie chronique, on les voit plus souvent, ça génère un lien d'attachement finalement. Je pense que le suivi peut créer ça.

Au niveau de l'exemple de la projection, j'en ai pris conscience pendant, son histoire me touchait et j'ai compris pourquoi finalement. Ben ouais c'est comme ça, on se sent plus touché alors est-ce que c'est plus proche ? Le mot proche... plus concerné ? Plus empathique, oui. Je pense que c'est une histoire d'empathie sur une situation qui peut être générée par un phénomène de projection. Après sur la prise en charge ? Je pense plus que ça a pu influencer en terme de temps, parce qu'il faut réussir pendant la consultation à prendre le recul sur l'émotion et ça c'est pas d'emblée évident et ça prend un peu de temps. Moi, ça m'a pris un peu de temps, parce que je me suis dit « attends il se passe quoi ? » et essayer de comprendre ce qu'il se passe moi dans ma tête pour pouvoir mieux derrière la prendre en charge et adapter. Ça joue sur le temps de consultation, est-ce que ça joue sur la prise en charge, sur la prescription à la fin ? Peut-être, je sais pas, je me suis pas posé la question. C'est une bonne question.

Vous avez d'autres exemples comme ça de personnes de qui vous vous sentez plus proche ou plus investi ?

(silence de 15 sec) Comme ça, j'ai du mal, j'ai pas d'exemples concrets mais euh... là c'est vrai que ça m'avait quand même bien perturbé cette histoire-là (sonnette du cabinet)

On peut mettre aussi des barrières à ça, c'est-à-dire que là je suis installé depuis 2 ans et demi, j'ai 600 patients, j'ai un pool de 600 patients mais j'en prends plus. En vrai, j'en prends encore mais j'y vais au feeling quoi parce que pour le ROSP y'en faut 800 (rires) en 5 ans, donc j'ai deux ans pour en trouver 200. Mais à un moment, là je travaille bien, je travaille suffisamment, je pense que je suis suffisamment présent au cabinet pour ne pas être dérangé encore à côté pour une autre question personnelle. Voilà, question suivante.

Selon votre propre expérience professionnelle et personnelle, en quoi le fait de devenir proche d'un patient peut-il impacter la relation de soins ? La compliquer ? La faciliter ?

Ben c'est difficile parce que je pense pas qu'on puisse être général sur cette question parce que je crois que c'est vraiment du cas par cas, c'est vraiment en fonction de la relation entre les deux, de la pathologie, de la projection qu'il y a ou pas, de quelle façon ça influence ; j'ai pas de réponse toute faite là-dessus. Après avec mon expérience à moi, je pense que quand je me sens proche d'un...plus proche d'un « cas », alors j'aime pas ça, mais un « cas », je pense que j'ai plus tendance à me projeter dedans et à raisonner peut-être de manière moins médicale comme on nous l'apprend à la faculté mais plus d'une façon pour laquelle je résonnerais pour moi. Un exemple, la fin de vie, il m'est arrivé d'avoir des patients en fin de vie. Pour moi, j'aimerais avoir une fin de vie à domicile et pas dans un lit d'hôpital etc, ça pour moi, ça influence les choses. Alors ma vision des choses influence la façon dont je vais prendre en charge mes patients mais est-ce que le fait d'avoir un patient qui soit pas loin de la fin de vie à domicile, où moi je projette mon idée de ma propre fin de vie, est-ce que ça me rend pas d'abord plus proche de la situation parce que j'adhère à ce qu'il se passe, je m'y projette et du coup ben je ferais comme j'aimerais que ce soit fait pour moi. Alors du coup, est-ce que ça ? ... Je pense que c'est plus difficile parce qu'on s'implique dedans davantage, c'est plus difficile parce que ça prend plus de temps que d'envoyer les gens à l'hôpital et puis de dire « Au revoir, on se reverra peut-être ». L'implication est beaucoup plus importante parce qu'en plus on prend beaucoup plus de responsabilités en le faisant de cette façon-là. Après ça dépend de la volonté du patient. Ensuite, être plus proche d'un patient, quand je dis ça, est-ce qu'on influence la façon de prendre en charge un patient ? Exemple, je sais pas, sur une pathologie bénigne, un patient sur lequel on se projette entre guillemets plus, on a peut-être plus tendance à faire ce qu'on ferait pour soi-même, je pense que c'est plus facile de faire ...exemple antibiothérapie pas antibiothérapie sur une pathologie ORL, un truc aigu : pour moi j'en prends pas, c'est très rare. Je pense qu'en me projetant et en le mettant en scène par rapport au patient, en disant « si c'était pour moi je ne prendrais pas d'antibio, je pense qu'on peut temporiser et voir l'évolution sous 48/72h », je pense que ça peut aider, je pense que se projeter sur une situation ça peut aider à y voir plus clair. Après, ça rend moins objectif et le fait d'être objectif quelque part, on est plus dans le protocole de prise en charge officiel, les recommandations HAS etc . Et il faut être protocolaire ; en tant que médecin on a besoin de ces référentiels-là, après il faut savoir adapter aux personnes en fonction de leur volonté, surtout ça quoi, ce à quoi les gens sont prêts à adhérer, c'est pas toujours évident. C'est le côté difficile je trouve et c'est là que la relation médecin-malade intervient finalement. C'est essayer d'amener sur le protocole de façon acceptable pour le patient, pour que ça rentre dans sa conduite. Exemple : la patiente de 45 ans avec son cancer du sein, j'en parle parce que je l'ai vue ce matin, qui voulait même pas faire de chimio à la base. Ok. Vous pouvez rien faire. Pour le reste, je suis peut-être pas un assez vieux médecin, j'ai pas encore assez vécu de choses. C'est sûr les gens qu'on aime ou apprécie

on n'a pas envie de les voir malades donc c'est vrai que passer à côté de certains signes ... mais moi en fait, je fais plein d'exams, je cherche (rires) je trouve rarement mais je cherche.

Vous est-il déjà arrivé de réaliser des actes de complaisance ? Est-il plus difficile de refuser lorsque la demande vient de patients avec qui des liens de proximité se sont créés ?

Très peu, je le fais très très peu et en disant que c'est exceptionnel, en mettant l'accent sur le caractère exceptionnel de la situation et que c'est pas comme ça à chaque fois. Par contre, pas sur la contraception, la contraception du tout. Souvent c'est des gens qu'on voit jamais et qui demandent un renouvellement de pilule, donc c'est hors de question. Après, pour quelqu'un que j'ai revu très peu de temps avant, je refais les choses si j'ai les éléments. Le certif de sport, je le fais avec un interrogatoire complet, un examen clinique complet, éventuellement un électrocardiogramme, une bandelette urinaire enfin voilà. Je vois si y'a un bilan cardio de fait, s'il a déjà fait un électrocardiogramme... Pour la demande d'arrêt de travail, moi je veux être au clair, c'est justement une histoire de confiance et de respect mais y'a aussi les choses à mettre au clair. Les gens qui sont pas bien, ok je les mets en arrêt, je leur dis « je vous mets en arrêt une semaine, on peut le reconduire une fois, mais je vais pas le faire tous les quatre matins. On le fera peut-être deux fois mais on le fera pas plus, parce qu'il faut pas exagérer, parce que s'il y a un problème avec votre travail, il faut changer de travail ». C'est une question de franchise parce qu'un moment il y a ça aussi ; à un moment les « j'ai mal-ci, j'ai mal-là » à un moment, c'est bon. J'en ai une qui me l'a fait et à un moment je lui ai dit, on s'arrête là. Faut être clair sur ça. Après je réfléchis, ce que j'ai peut-être déjà fait, y'avait une patiente après les attentats, elle voulait plus prendre l'avion et pour annuler son voyage, il lui fallait un certificat, je lui ai fait. Alors, bon, est-ce que c'était vraiment ? Elle voulait plus, bon on l'a passé sur de la pathologie mais en vrai y'avait pas d'état pathologique, donc ça oui c'est de la convenance. Je pense qu'elle pouvait prendre l'avion, elle l'aurait fait, elle aurait été très mal etc, y'a un syndrome anxieux sous-jacent, ça se discute quoi, mais je pense que ça m'a plus touché. Mais moi je trouve déjà presque que c'est de la convenance.

Avez-vous déjà eu des difficultés à vous positionner avec certains patients, une consultation qui vous aurait déstabilisé ?

Non, pas trop, pas vraiment.

Comment vous positionnez-vous lors de situations particulières telles que les cadeaux, les invitations, les remerciements spéciaux ?

Ben ça dépend, les cadeaux je les prends (rires+++). Vous refusez les cadeaux vous ? Ça dépend ce que c'est mais en général, ils savent ce que j'aime (rires). Non, je les accepte même si des fois, ça risque d'être foireux, je les prends. L'autre fois, une patiente m'a fait un sirop de plantes, je doute un peu, j'ai pas trop envie de l'ouvrir. Pour le reste, un cadeau c'est un cadeau, s'il y a une demande derrière je le prends pas. Les cadeaux en vue d'obtenir quelque chose derrière avec moi, c'est pas la peine. Ben si justement, la patiente qui voulait prendre mon numéro etc, avec qui ça s'est pas toujours très bien passé, je pensais l'avoir virée, elle a pas compris. A Noël, elle m'a fâché, elle me dit « vous allez bien accepter mon petit cadeau », je lui ai dit « je le prendrais une autre fois, j'ai pas le temps, je suis parti ». Non, mais quand c'est comme ça, je sais que derrière c'est pour essayer de retravailler, d'essayer de re-gratter ; j'aime pas ça. Le cadeau elle le garde, elle l'offre à qui elle veut mais pas à moi. Par rapport à elle, je suis positionné clairement, je lui ai dit, elle m'a fait 2/3 coups foireux. Une fois, elle me demande de venir à domicile parce qu'elle pouvait pas venir au cabinet, sauf que j'arrive à son domicile, elle y est pas parce qu'elle a dû aller au Super U en urgence ou je sais pas faire quoi, là ça a bardé. Des fois, elle m'appelait tous les jours pendant une semaine, quand je l'ai vue, je lui ai dit Stop. Genre « je vais me faire hospitaliser, vous viendrez me voir ? ». A Strasbourg. Je lui ai dit « Non, ça va pas ou quoi, certainement pas ». (en tapant sur le bureau) Je suis clair, là c'est elle qui est en recherche mais moi, je suis pas en recherche de proximité avec mes patients.

Et du coup, dans le cas des visites à domicile, l'aspect relationnel pour vous est-il facilité ? Les liens de proximité favorisés ?

Oui, parce qu'ils sont dans leur environnement et que c'est moins étranger pour eux, donc ils sont plus ... après les visites à domicile souvent c'est les personnes âgées, moi, j'en n'ai pas des masses, mais bon la visite c'est une visite relationnelle plus qu'une visite médicale clairement. Pour eux, c'est du lien social et puis c'est de la visite relationnelle, là on est dans la relation médecin-malade avec un aspect médical sous-jacent s'il y a un problème mais bon ; 9 fois sur 10 y'a pas de problème à gérer. Après, je me sens pas forcément plus proche.

Au fil de l'expérience et du temps, pensez-vous que la proximité avec les patients est une chose plus facile à gérer ou au contraire plus difficile ?

J'en pense qu'il y a un lien d'attachement qui se fait avec le temps et je pense que la relation médecin-malade, elle évolue. C'est pour ça que je pense qu'au début, en s'installant il faut avoir les idées claires sur ce qu'on veut pas. Il faut savoir se laisser entraîner, voir évoluer les choses mais faut quand même garder une certaine distance, avoir un recul sur soi-même et même son activité pour ne pas se laisser déborder ; dans sa façon d'interagir. Cette distance, elle va être flexible au final. Mais je pense que c'est important de la gérer quand même, de pas trop se laisser emballer, enfin d'y penser en tout cas et de se dire d'emblée ne pas vouloir... Dans les anciens médecins, y'en a pas mal qui ont

fonctionné comme ça parce que y'avait beaucoup de monde sur le marché, y'avait beaucoup de médecins et il fallait faire un peu du clientélisme, être très disponible, justement parfois se faire proche... maintenant, les choses ont plutôt tendance à s'inverser. Les gens qui travaillaient de 7h à 23h à S., pas loin de 100 actes à deux par jour quoi...pfff...au moins ... je leur ai demandé « pourquoi vous travaillez comme ça ? » et il m'a répondu que c'est la peur qui les faisait tenir, la peur que ça marche plus. A la base quand ils se sont installés, prêts à répondre à n'importe quelle demande par phénomène de clientélisme, répondre à toute demande, être dispo-hyperdispo. Ils se sont fait manger. Ils ont arrêté d'ailleurs. La dernière fois que je les ai croisés, ils refilaient leur patientèle. Je sais pas ce qu'il s'est passé exactement mais...bon l'un dans l'autre, tenir comme ça...

Avez-vous déjà pu ressentir le besoin ou même parlé de ces problématiques ? Ou effectué des formations ?

Ma femme, elle est médecin aussi, donc ça valorise les choses quand même quand y'a une patiente difficile, genre la dernière dont j'ai parlé, ben j'en parle à ma femme pour lui dire à quel point je suis exaspéré de la situation, ça me décharge un peu. Après je fais des groupes de pairs, des trucs comme ça. Normalement, il paraît qu'il faudrait... moi je suis bien comme ça, je ressens pas de manque, je me sens équilibré comme ça et je me sens bien. Je veux pas me faire déborder par ma patientèle, pour moi c'est quelque chose qui est clair dès le début. Après y'a toujours, ben comme dit, dans cette continuité-là y'a toujours des petits crochets, des situations un peu particulières, où on voudra avoir un suivi un peu plus... avoir des nouvelles plus fréquemment d'une situation, se sentir plus concerné par une patiente. Mais je veux dire cette jeune qui a perdu son père, j'ai pas de nouvelles, je l'ai revue une fois après voilà. Mais, je la revois pas de façon régulière, c'est pas pour autant que mais disons que voilà, il m'arrive peut-être plus de me remémorer cette consultation-là en me disant que j'espère que ça va mieux et que ça avance ; je crois que c'est le cas. Donc, c'est pas que la fréquence. Le suivi peut favoriser mais pas que, parce que y'a des gens de qui on se sent proche alors qu'on ne les a vus qu'une fois...

Pour conclure, quelle est votre propre définition de la « juste proximité » ? Comment conserver une proximité thérapeutique dans la relation médecin-patient ?

Globalement, c'est qu'il y ait une distance suffisante. Il peut y avoir un rapprochement lié à la situation, lié à la personne, une affinité X ou Y, mais qu'il faut quand même arriver pour accompagner les gens, à avoir de l'empathie mais une distance suffisante. Je crois que si on est trop impliqué, on ne peut pas être efficace parce qu'on n'a pas assez d'objectivité. Par contre, si on est trop distant, on est détaché de ce qu'il se passe, en gros on s'en fout et ben je pense qu'on n'est pas médecin alors. C'est ce qui n'est pas facile.

Et bien merci beaucoup.

-BIBLIOGRAPHIE-

1. ISRAEL Lucien. *Le médecin face au patient*. Dessart et Mardaga. 1968.
2. Larousse É. Définitions : empathie - Dictionnaire de français Larousse [En ligne].
<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/empathie/28880>
3. Assurance Maladie. La réforme de l'Assurance Maladie en pratique N° 1 Soigner mieux en dépensant mieux [En ligne].
2004 https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/cp08122004.pdf
5. MÉDECIN : Définition de MÉDECIN. Centre national de ressources textuelles et lexicales [En ligne]. <http://www.cnrtl.fr/definition/m%C3%A9decin>
6. Médecin. In: Wikipédia [En ligne].
2017 <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=M%C3%A9decin&oldid=135971370>
7. Médecin - Origine du terme [En ligne]
http://www.med.uottawa.ca/sim/data/Physician_f.htm
8. Le serment d'Hippocrate | Conseil National de l'Ordre des Médecins [En ligne]
<https://www.conseil-national.medecin.fr/le-serment-d-hippocrate-1311>
9. CHRONIQUE C. Culture : HISTOIRE DES MEDECINS de Stanis PEREZ [En ligne]
<http://www.culture-chronique.com/chronique.htm?chroniqueid=1307>
10. MOUSEL C. *LE MEDECIN GENERALISTE EN 2007* Évolution en 25 ans de l'image du praticien et des attentes des patients. Résultats d'une enquête réalisée auprès de 108 sujets de la Vallée de la Fensch et du Pays Haut lorrain. Thèse de doctorat en médecine. Université de Nancy ; 2009
11. Du bon usage du titre de docteur - [OpiMed] [En ligne]
<http://www.opimed.org/spip.php?article108>
12. P. Docs.school. Parcours d'un étudiant en médecine - Interview [En ligne]
<https://docs.school/blog/temoignages/parcours-etudiant-medecine-interview-01-03-2016.html>
13. PERIER C. *Quelle place pour l'histoire de vie des internes en médecine dans leurs choix d'orientation professionnelle ?* - Enquête auprès de 313 internes de la faculté de médecine de Nantes. Thèse de doctorat en médecine. 2010.
14. Larousse É. Définitions : motivation - Dictionnaire de français Larousse [En ligne]
<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/motivation/52784>
15. DELAHAYE V, GUYOT-DELAHAYE L. *Le désir médical - Un parcours pour retrouver l'espace de la relation*. Broché. 2007.

16. Médecin généraliste [En ligne]. E-Orientations.com. <http://www.e-orientations.com/metiers/medecin-generaliste>
17. BLOG « *de toute façon, pour être médecin, faut avoir la vocation* » [En ligne]. une catho à l'hosto. 2011. <https://unecathoalhosto.wordpress.com/2011/09/19/%c2%ab-de-toute-facon-pour-etre-medecin-faut-avoir-la-vocation-%c2%bb/>
18. GUILLEMAIN H. Devenir médecin au XIXe siècle. Vocation et sacerdoce au sein d'une profession laïque. *Ann Bretagne Pays L'Ouest Anjou Maine Poitou-Charente Touraine*. 2009 Oct 30;(116-3):109-23.
19. Larousse É. Définitions : vocation - Dictionnaire de français Larousse [En ligne] <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/vocation/82353>
20. LE TAILLANDIER DE GABORY T. *La vocation médicale. Un appel à guérir ?* Thèse de doctorat en philosophie. 2015. Université Paris-Est
21. LABREURE D. Mémoire Louis Ferdinand Céline : une pensée médicale - [En ligne] http://www.memoireonline.com/06/07/482/m_louis-ferdinand-celine-une-pensee-medicale1.html
22. Universalis E. ALFRED ADLER [En ligne]. Encyclopædia Universalis. <http://www.universalis.fr/encyclopedie/alfred-adler/>
23. Histoire de la découverte de l'inconscient - Alfred Adler et la psychologie individuelle [En ligne]. 2016 http://psycha.ru/fr/ellenberger/1970/histoire_inconscient12.html
24. PRAYEZ P. *Distance professionnelle et qualité du soin*. 2ème. 2009. LAMARRE ;
25. WIENER P. *La-constitution-de-la-personnalité-professionnelle-en-médecine-1-2*. [En ligne]. 2007 <http://www.medecins-maitres-toile.org/wp-content/uploads/La-constitution-de-la-personnalit%C3%A9-professionnelle-en-m%C3%A9decine-1-2.pdf>
26. Nosophobie. In: Wikipédia [En ligne]. 2016. <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Nosophobie&oldid=132256283>
27. GALAM E. *L'erreur médicale, le burnout et le soignant. De la seconde victime au premier acteur*. Springer. 2012. 327 p.
28. AUSTRUY S. *Les valeurs personnelles des médecins généralistes : étude comparative selon l'utilisation de médecines non conventionnelles en région Aquitaine*. Thèse de doctorat en médecine. Université de Bordeaux ; 2015.
29. LUGO S. *Le bureau : élément de la personnalité du médecin et outil de communication avec ses patients : étude qualitative et iconographique*. Thèse de doctorat en médecine. Université Paris-Diderot ; 2014.
30. Décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales. 2004-67 Jan 16, 2004.

31. Commission conditions d'exercice et démographie. *Recherche Médecin désespérément ! - Motifs et freins à l'installation en libéral en île de France* [En ligne]. 2008. http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_090324.pdf
32. BALINT M. *Le médecin, son malade et la maladie*. Payot ; 1957.
33. Département de médecine générale. FO14 groupes Balint [En ligne]. DMG Strasbourg. 2012 <http://mediamed.unistra.fr/dmg/enseignement/formation-theorique/formations-optionnelles/fo14-groupes-ballint/>
34. JAURY P. Groupes Balint. In: AKOS. 2003. (EMC).
35. WONCA définition French version.pdf [En ligne] <https://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
36. ROSSIGNON J. *Le choix du médecin généraliste et la confiance* [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France] : Université du droit et de la santé; 2017.
37. HOURS B. *Mohamed MEBTOUL, Une anthropologie de la proximité. Les professionnels de santé en Algérie*, Paris, L'Harmattan, 1994. *Homme Société*. 1995 ;117(3):174–5.
38. BOUCHAYER F. *Singuliers généralistes - chapitre : Un regard transversal sur la fonction soignante de proximité : médecins généralistes, infirmières et kinésithérapeutes libéraux* [En ligne]. Presses de l'EHESP ; 2010 <https://www.cairn.info/singuliers-generalistes--9782810900213-page-169.htm>
39. Le burn-out des médecins | Slate.fr [En ligne]. <http://www.slate.fr/story/142370/medecins-super-heros>
40. Le burn-out chez les médecins généralistes [En ligne]. ISNAR-IMG. <https://www.isnar-img.com/protection-sociale/burn-out/>
41. DESHAYS C. *Trouver la bonne distance avec l'autre : grâce au curseur relationnel - être attentif sans se faire envahir, ferme sans être rejetant*. InterEditions. 2016.
42. BONNAUD-ANTIGNAC A. Cours de Psychologie médicale. [En ligne] <http://campus.cerimes.fr/chirurgie-generale/enseignement/relation/site/html/cours.pdf> 2009.
43. RELATION : Définition de RELATION. Centre national de ressources textuelles et lexicales [En ligne] <http://www.cnrtl.fr/definition/relation>
44. CHAPPUIS R. *La psychologie des relations humaines* -. 8è. Que sais-je ? 2006..
45. SÉDILLOT C. *La Psychologie Jungienne*. Grancher. 2017.
46. HEIMANN P. *Le contre-transfert*. Bibliothèque des Analytica. Paris; 1987.
47. CHABROL H, CALLAHAN S. *Mécanismes de défense et coping*. Dunod. 2004.

48. RUSZNIEWSKI M. *Les mécanismes de défense dans la relation médecin-malade : confrontation à la maladie grave*. In Paris ; 2011.
49. KANT E. *Critique de la faculté de juger*. 1790.
50. GOLSE B. *L'intersubjectivité : un paradigme du processus thérapeutique*. Broché; 2014.
51. Définition d'altérité — Lesdefinitions.fr [En ligne]. Les Définitions.
<http://lesdefinitions.fr/alterite>
52. Larousse É. Définitions : positionnement - Dictionnaire de français Larousse [En ligne]
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/positionnement/62846>
53. CHAMLA R. *A propos de la réforme du DEASS : de l'intervention sociale et de l'expertise sociale - Réseau Prisme* [En ligne]. 2010 <http://www.documentation-sociale.org/base-prisme/69976/>
54. JOUFFRAY C. *L'APPROCHE CENTREE SUR LE DEVELOPPEMENT DU POUVOIR D'AGIR : une approche qui vient faire bouger les postures dans l'accompagnement social.*; [En Ligne] https://aifris.eu/03upload/uplolo/cv143_56.pdf
55. Larousse É. Définitions : distance - Dictionnaire de français Larousse [En ligne]
<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/distance/26042>
56. PROXIMITÉ : Définition de PROXIMITÉ. Centre national de ressources textuelles et lexicales [En ligne] <https://www.cnrtl.fr/definition/proximit%C3%A9>
57. DE ROBERTIS C, ORSONI M, PASCAL H, ROMAGNAN M. *L'intervention sociale d'intérêt collectif*. Presses de l'EHESP; 2008.
58. DELMAS Vanessa. *Soigner ses proches, une erreur ?* Thèse de doctorat en médecine. Université de Lyon Claude Bernard. 2014.
59. Dr Patrick IMBERT, Dr Badis HADROUF. *La recherche qualitative*. PPT Séminaire TMR - Département de la médecine générale. [En ligne] 2010 Sep. http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/cms/sites/medatice/mg/mg/docs/20110121104533/La_recherche_qualitative_1009.ppt
60. KAKAI H. RECHERCHE_QUALITATIVE.pdf - *Contribution à la recherche qualitative, cadre méthodologie de rédaction de mémoire* [En ligne]. 2008
http://www.carede.org/IMG/pdf/RECHERCHE_QUALITATIVE.pdf
61. ALAMI S., DESJEUX D., GARABUAU-MOUSSAOUI I. *Les méthodes qualitatives - Que sais-je ? 2è*. 2013.
62. HERZLICH C. Préface [En ligne]. Presses de l'EHESP; 2010.
<https://www.cairn.info/singuliers-generalistes--9782810900213-page-5.htm>
63. LEJEUNE Christophe. *Manuel d'analyse qualitative*. 1ère. de boeck supérieur; 2016.

64. ROCARE : Extraits de guides pour la Recherche Qualitative [En ligne]. <https://www.ernwaca.org/panaf/RQ/fr/introduction.php>
65. VALIDITÉ D'UNE RECHERCHE [En ligne] http://pagesped.cahuntsic.ca/sc_sociales/psy/methosite/consignes/validite.htm#externe
66. DRAPEAU M. Les critères de scientificité en recherche qualitative (PDF Download Available) [En ligne]. ResearchGate. https://www.researchgate.net/publication/240194408_Les_criteres_de_scientificite_en_recherche_qualitative
67. TONG A, SAINSBURY P, CRAIG J. *Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups*. Int J Qual Health Care. 2007 Dec 1;19(6):349–57.
68. KAUFMANN J.C. *L'entretien compréhensif - L'enquête et ses méthodes*. 3ème. Armand-Colin ; 2014.
69. VINAS M. *L'évolution de la relation patient-praticien de l'antiquité à nos jours en médecine et en odontologique*. Thèse de doctorat de chirurgie dentaire. 2017. Université de Toulouse III
70. FRAGU P. *La relation médecin-patient : Histoire d'une transformation*. Éthique Santé. 2004 Jan 1;1(1):26–31.
71. *Télémedecine : 3 médecins sur 4 favorables à son développement - Etude patients IPSOS pour QARE* [En ligne]. Télémedecine - site de la Société Française de Télémedecine. <http://www.sf-telemed.org/1/post/2018/05/telemedecine-3-medecins-sur-4-favorables-a-son-developpement-etude-patients-ipsos-pour-qare.html>
72. TEKAYA É. *Analyse des contraintes et des apports de la visite à domicile dans la prise en soins des patients à travers l'expérience vécue de médecins généralistes*. Thèse de doctorat en médecine. Université de Montpellier ; 2019
73. RUGGIERO G. *La communication par courrier électronique entre les médecins généralistes et leurs patients en France en 2014*. Thèse de doctorat en médecine. 2015. Université de Lille
74. Code de déontologie médicale [En ligne]. 2017 <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>
75. VODOUNNOU M-S. *Les affects des médecins généralistes- leurs approches et leurs solutions pour ne pas déborder le cadre*. Thèse de doctorat en médecine. Université de Bordeaux; 2015.
76. PETRILLI CM, MACK M, PETRILLI JJ, HICKNER A, SAINT S, CHOPRA V. *Understanding the role of physician attire on patient perceptions : a systematic review of the literature— targeting attire to improve likelihood of rapport (TAILOR) investigators*. BMJ Open. 2015 Jan 1;5(1):e006578.

77. WONCA EUROPE - LA DEFINITION EUROPEENNE DE LA MEDECINE GENERALE - MEDECINE DE FAMILLE [En ligne]. 2002.
<https://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
78. Comité d'éthique d'Esquirol - *avis n°3 Concernant l'usage du vouvoiement ou tutoiement face au patient* [En ligne]. 2010. <http://www.hopitaux-saint-maurice.fr/Ressources/FCKfile/Professionnels%20de%20sant%C3%A9/Comit%C3%A9%20d%27%C3%A9thique%20-%20avis%20n%C2%B03.pdf>
79. SARTRE JP. *L'existentialisme est un Humanisme*. Nagel. 1946.
80. JOUBLIN H. *Pour une proximité bien pensée*. Poche - Espace Ethique. 2010 ;181–221.

Université
de Strasbourg



Faculté
de médecine

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : BOURDOUIL Prénom : Coralie

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète. 4

Signature originale : Bourdouil

A HOUSSSEN, le 04.10.2019

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

RÉSUMÉ :**Introduction :**

La médecine générale, via ses conditions d'exercice, d'environnement et de vie, constitue pour le médecin un contexte particulier de proximité avec son patient, potentiellement problématique à appréhender. L'objectif de ce travail est d'étudier les représentations et vécus des médecins généralistes vis-à-vis de la proximité avec leurs patients et de comprendre comment ils élaborent et gèrent leur positionnement face à eux.

Méthode :

Une étude qualitative à partir de 12 entretiens semi-dirigés a été menée auprès de médecins généralistes libéraux en Alsace. Les données ont été exploitées par analyse thématique.

Résultats :

La relation médecin-patient est centrale en médecine générale et l'exercice y semble en effet générateur de proximité(s) avec les patients : l'une factuelle générée par les conditions d'exercice et d'environnement ; l'autre plutôt « relationnelle », de l'ordre d'un ressenti singulier pour chacun des médecins. Ce sujet tabou génère l'ambivalence, en termes de vécus chez les médecins mais aussi de conséquences sur la relation thérapeutique. Face aux problématiques relationnelles, les médecins ont initialement tendance à réagir instinctivement. Le cadre de l'exercice est alors primordial pour structurer la relation de soins qui se crée, s'adapte, dans le présent de l'interaction notamment grâce à différents outils relationnels, ainsi que dans la rencontre de deux personnalités subjectives. L'élaboration d'une « juste proximité » se corrèle également au fait d'investir sa propre posture et singularité soignante et, émane d'une prise de recul sur sa pratique ; démarches étant appuyées par la formation ou l'accompagnement à la relation médecin-patient.

Conclusion :

Ce travail souligne un processus de positionnement construit au fil du temps et de l'expérience, pour les médecins généralistes face à leurs patients, et ouvre le débat sur la nécessité d'une plus grande sensibilisation et formation sur ce versant relationnel, et ses enjeux.

Rubrique de classement : MÉDECINE GÉNÉRALE

Mots-clés : Relation médecin-patient ; Médecine générale ; Proximité ; Positionnement ; Problématique ; Ambivalence ; Réactions ; Ressentis ; Cadre ; Adaptation ; Singularité ; Processus ; Étude qualitative

Président : Monsieur le Professeur Philippe WOLF**Assesseeurs :**

- Madame la Professeure Laurence JESEL-MOREL
- Monsieur le Professeur Laurent MONASSIER
- Monsieur le Professeur Mathieu ANHEIM

Adresse de l'auteure :

Coralie BOURDOUIL
24, rue du Pape
68125 HOUSSEN