

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

ANNÉE : **2022**

N° : 23

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEURE EN MÉDECINE

Diplôme d'État Mention : **MÉDECINE GÉNÉRALE**

PAR

Mme BEZARD Lisa

Née le 10/09/1989 à Strasbourg

**LA CROYANCE, TROISIÈME PERSONNAGE DE LA RELATION
MÉDECIN-PATIENT·E : RESENTIS ET ATTITUDES DES MÉDECINS
GÉNÉRALISTES EN RURALITÉ**

Président de thèse : **BERTSCHY Gilles, Professeur**

Directrice de thèse : **FRAIH Élise, Docteure**

**FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET
SCIENCES DE LA SANTÉ**

Edition OCTOBRE 2021
Année universitaire 2021-2022



- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean
- **Premier Doyen de la Faculté** M. DERUELLE Philippe
- **Doyens honoraires :** (1976-1983) M. DORNER Marc
- (1983-1989) M. MANTZ Jean-Marie
- (1989-1994) M. VINCENDON Guy
- (1994-2001) M. GERLINGER Pierre
- (2001-2011) M. LUDES Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. STEEGMANN Geoffroy



HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)
Directeur général : M. GALY Michaël

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

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

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe P0001	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences 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	RP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Serv. 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 Hautepierre	49.01 Neurologie
Mme ANTAL Maria Cristina M0003 / P0219	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hautepierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
ARNAUD Laurent P0186	NRP6 NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	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 Séiamak 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)
BAUMERT Thomas P0007	NRP6 CS	• Pôle Hépatodigestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques/Fac	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 CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	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	RP6 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 Hautepierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	RP6 CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / HP	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric P0213	NRP6 NCS	• Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric P0187	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
BONNEMAINS Laurent M0099 / P0215	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François P0017	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / 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 Ophtalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / 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 Plastique et Maxillo-faciale / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
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 - Serv. 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
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-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier PO193	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie- Réanimation - Type clinique)
COLLONGUES Nicolas M0016 / P0220	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
CRIBIER Bernard P0045	NRP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôp. de Hautepierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian P0049	RP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe P0199	RP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Mathieu P0188	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / HP	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 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôp. Hautepierre	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
FAITOT François PO216	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu P0208	NRP6 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoit P0214	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin P0062	RP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GARNON Julien P0221	NRP6 NCS	• 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 - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard P0064	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick P0200	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. 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 de Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0066	NRP6 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
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	RP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie M0114 / P0209	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
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 Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189	RP6 CS	• 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	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 P0201	NRP6 NCS	• 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 - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme KESSLER Laurence P0084	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Serv. 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 P0195	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
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 II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II)/HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	RP6 NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence P0202	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé P0090	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent P0092	RP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne M0102 / P0217	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
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
LESSINGER Jean-Marc P0	RP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hautepierre	82.00 Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan P0093	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénéréologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	RP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôp. de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel P0203	NRP6 NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel P0098	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	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)
Mme MASCAUX Céline P0210	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie
Mme MATHÉLIN Carole P0101	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MENARD Didier P0222	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
MERTES Paul-Michel P0104	RP6 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / NHC	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Alain M0093 / P0223	NRP6 NCS	• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MEYER Nicolas P0105	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôp. Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRP6 CS	• 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 - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire-EA7295 / Fac	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 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges P0114	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric M0111 / P0218	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael P0211	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick P0115	RP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne P0204	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - 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 Hautepierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry P0205	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé / Faculté	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgences

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP6 NCS	• Pôle Hépatodigestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Digestive
PETIT Thierry P0119	CDp	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier P0206	NRP6 NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP6 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale/Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; 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 Hautepierre	49.02 Neurochirurgie
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 - Serv. d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	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
ROMAIN Benoît M0061 / P0224	NRP6 NCS	• 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 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérald 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)
SANANES Nicolas P0212	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
SAUER Arnaud P0183	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULLEAU Erik-André P0184	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / 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
Mme SCHATZ Claude P0147	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme SCHLUTH-BOLARD Caroline P0225	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
SCHNEIDER Francis P0144	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / HC	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 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-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 Hautepierre	50.01 Rhumatologie
STEPHAN Dominique P0150	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	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 Hautepierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRP6 NCS	• 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 / Faculté	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 CS	• 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 / Faculté	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Serv. de soins de suite et réadaptation gériatrique/Hôp.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

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
WOLF Philippe P0207	NRP6 NCS	<ul style="list-style-type: none"> • 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 P0001	NRP6 CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de HautePierre 	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de HautePierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil - PTM = Plateau technique de microbiologie
* : 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
P6 : Pôle RP6 (Responsable de Pôle) ou NRP6 (Non Responsable de Pôle)
Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service) Dir : Directeur
(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018
(3) (7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017
(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019 (8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017
(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017 (9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRP6 CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins palliatifs / NHC 	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Hépato-digestif - Service de Gastro-Entérologie - NHC 	52.01 Gastro-Entérologie
MIYAZAKI Toru		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique / HC 	
SALVAT Eric	CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Tête-Cou - Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP 	

MO142 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 MO001		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTONI Delphine MO109		• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
Mme AYME-DIETRICH Estelle MO117		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
Mme BIANCALANA Valérie MO008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille MO091		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BOUSIGES Olivier MO092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme BRU Valérie MO045		• 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)
Mme BUND Caroline MO129		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël MO113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto MO118		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme CEBULA Héléne MO124		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CERLINE Jocelyn MO012		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / IGBMC	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHERRIER Thomas MO136		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
CHOQUET Philippe MO014		• Pôle d'Imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CLERE-JEHL Raphaël MO137		• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme CORDEANU Elena Mihaela MO138		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim MO017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DELHORME Jean-Baptiste MO130		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
DEVYS Didier MO019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Véra MO131		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
DOLLÉ Pascal MO021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina MO024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IGBMC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey MO034		• 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
FELTEN Renaud MO139		• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Haute-pierre	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie
FILISSETTI Denis MO025	CS	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack MO027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
GANTNER Pierre MO132		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
GIES Vincent MO140		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
GRILLON Antoine MO133		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
GUERIN Eric MO032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien MO125		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura MO119		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice MO033		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
KASTNER Philippe MO089		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique MO036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume MO126		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-PACINI Agata MO134		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie MO040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice MO041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUUX Thomas MO042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Haute-pierre 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)
Mme NICOLAE Alina M0127		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Serv. de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail/HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREACH' Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PAFF 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)
Mme PORTER Louise M0135		• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Haute-pierre	47.04 Génétique (type clinique)
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 - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme RIOU Marianne M0141		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie Générale et Spécialisée / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine M0121		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Haute-pierre	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / HC	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)
Mme SCHEIDECKER Sophie M0122		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane M0123		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Haute-pierre	45.01 Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
Mme TALAGHAND-REBOUL Emilie M0142		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
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 Pédiatrique / Hôpital Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre	47.01 Hématologie ; transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie M0128		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie 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

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
Mr ZIMMER Alexis	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

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. GROB-BERTHOU Anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015)
Pr Ass. GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013)
Pr Ass. HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013)
Pr Ass. ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014)

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

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
Dr LORENZO Mathieu		53.03 Médecine générale

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

Dre DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dre SANSELMÉ Anne-Elisabeth		Médecine générale
Dr SCHMITT Yannick		Médecine générale

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES

D1 - PROFESSEUR AGREGE, 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	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr DE MARCHI Martin	• Pôle Oncologie médico-chirurgicale et d'Hématologie - Service d'Oncologie Médicale / ICANS
Mme Dre GERARD Bénédicte	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Mme Dre LALLEMAN Lucie	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussole (PASS)
Dr LEFEBVRE Nicolas	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	• Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Mme Dre PETIT Flore	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - UCSA
Dr PIRRELLO Olivier	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REY David	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre RONDE OUSTEAU Cécile	• Pôle Locomax - Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre RONGIERES Catherine	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Centre Clinico Biologique d'AMP / CMC
Dr TCHOMAKOV Dimitar	• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre WEISS Anne	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - SAMU

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie** (membre de l'Institut)
CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o **pour trois ans** (1er avril 2019 au 31 mars 2022)
Mme STEIB Annick (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)
- o **pour trois ans** (1er septembre 2019 au 31 août 2022)
DUFOUR Patrick (Cancérologie clinique)
NISAND Israël (Gynécologie-obstétrique)
PINGET Michel (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques)
Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)
- o **pour trois ans** (1er septembre 2020 au 31 août 2023)
BELLOCQ Jean-Pierre (Service de Pathologie)
DANION Jean-Marie (Psychiatrie)
KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)
- o **pour trois ans** (1er septembre 2021 au 31 août 2024)
DANION Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
DIEMUNSCH Pierre (Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale)
HERBRECHT Raoul (Hématologie)
STEIB Jean-Paul (Chirurgie du rachis)

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

Pr CHARRON Dominique	(2019-2020)
Pr KINTZ Pascal	(2019-2020)
Pr LAND Walter G.	(2019-2020)
Pr MAHE Antoine	(2019-2020)
Pr MASTELLI Antoine	(2019-2020)
Pr REIS Jacques	(2019-2020)
Pre RONGIERES Catherine	(2019-2020)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94
 BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01
 BALDAUF Jean-Jacques (Gynécologie obstétrique) / 01.09.21
 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
 BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04
 BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17
 BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95
 BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20
 BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03
 BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19
 BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99
 BRETTE Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10
 BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86
 BURSSTEIN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18
 CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15
 CAZENAUE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15
 CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95
 CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18
 CHELLY Jameleddine (Diagnostic génétique) / 01.09.20
 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
 DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17
 DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17
 DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19
 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) / 01.10.16
 FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09
 GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13
 GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04
 GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97
 GRUCKER Daniel (Institut de Physique Biologique) / 01.09.21
 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
 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) / 01.09.11
 JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04
 KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18
 KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06
 KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95
 KREMER Michel / 01.05.98
 KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18
 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) / 01.09.11
 LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
 LEVY Jean-Marc (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 Christian (Neurologie) / 01.09.19
 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) / 01.09.11
 MORAND Georges (Chirurgie thoracique) / 01.09.09
 MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
 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) / 01.09.11
 PINGET Michel (Endocrinologie) / 01.09.19
 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
 SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
 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) / 01.09.09
 STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
 STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
 TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
 TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
 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
 WATTIEZ Arnaud (Gynécologie Obstétrique) / 01.09.21
 WILHM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
 WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
 WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
 WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 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 Graff enstaden 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

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune

discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la

contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patient·e·s des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

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

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

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

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je

n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

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

Que les hommes, les femmes, mes confrères et mes consœurs m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Au Pr Gilles Bertschy

Vous avez accepté sans hésiter de présider mon travail. Je vous remercie d'apporter vos connaissances et vos critiques à ce travail. Veuillez recevoir, Monsieur le professeur, l'expression de ma sincère gratitude.

Au Pr Yves Hansmann

Vous avez accepté de rejoindre ce jury et en cela je vous suis extrêmement reconnaissante. Merci pour l'intérêt que vous portez à mon sujet. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

À la Pr Laurence Lalanne

Vous me faites le plaisir d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. Recevez ici toute ma reconnaissance et mon respect.

À la Dr Elise Fraih, ma directrice de thèse

Les mots me manquent pour te dire à quel point je te suis reconnaissante. Merci pour ton précieux soutien. Mon parcours a été semé d'embûches et de difficultés et tu as toujours répondu présente quand je t'ai sollicité. Tes encouragements permanents et ta disponibilité m'ont permis de venir à bout de ce travail. Je ne te remercierai jamais assez.

REMERCIEMENTS

À Yannick et Annie,

Merci pour votre soutien sans faille et vos encouragements. Merci d'avoir toujours voulu le meilleur pour nous.

À Alba,

Merci pour ta présence et ta bienveillance constante. Merci pour ta générosité et ton enthousiasme. Tu es admirable en beaucoup de points.

À Loïc,

Merci pour ton chaleureux accueil, ta simplicité et ta joie de vivre.

À Eliot,

Merci pour tes pensées qui, malgré la distance, me font chaud au cœur. Je suis heureuse de pouvoir te présenter ce travail.

À Marie,

Merci de me faire évoluer, de me soutenir, de me donner accès à une dimension supplémentaire dans le partage. J'en aimerais encore.

À Isabelle, Éric, Camille, Garance et Ambroise,

Merci de m'avoir accueilli si chaleureusement puis d'avoir rendu cette reconstruction possible. À tout point de vue. Qu'il est bon ce quotidien à vos côtés ! Vous comptez beaucoup pour moi.

À Léopon,

Merci pour ta maîtrise du zen et ta co-écoute. Tu m'apprends beaucoup sur les bananes.

À Andrée,

Merci pour ton soutien bienveillant en toute circonstance, il m'a été une aide précieuse.

« Un nouveau patient est comme une nouvelle planète »

Rita Charon

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	17
Croyances, représentations sociales et savoir profane	20
1) <i>Définitions</i>	<i>20</i>
2) <i>L'approche psychosociologique.....</i>	<i>21</i>
Rôle des croyances et représentations dans le processus thérapeutique : Le modèle médical des croyances de santé (Health Belief Model)	23
Matériel et Méthodes.....	26
1) <i>Méthodologie.....</i>	<i>26</i>
2) <i>Inclusion</i>	<i>27</i>
3) <i>Exclusion.....</i>	<i>27</i>
4) <i>Analyse interprétative phénoménologique.....</i>	<i>27</i>
Résultats.....	29
1) <i>Caractéristiques de la population étudiée.....</i>	<i>29</i>
2) <i>La croyance s'introduit comme un personnage tiers :.....</i>	<i>31</i>
a) <i>Qui est parfois inconnu voire incompréhensible du/de la médecin</i>	<i>32</i>
b) <i>Car le/la médecin est lui/elle-même souvent un-e "croyant-e" de l'esprit scientifique.....</i>	<i>34</i>
c) <i>Ce qui génère un dérangement comme le ferait un-e intrus-e</i>	<i>37</i>
d) <i>Et "brouille" la relation médecin-patient-e</i>	<i>41</i>
3) <i>Il existe également un conflit un peu narcissique du/de la médecin</i>	<i>43</i>
a) <i>Une image du/de la médecin « tout-e puissant-e » ou sauveur-euse</i>	<i>43</i>
b) <i>Déchu-e de sa position de "sachant-e absolu-e"</i>	<i>44</i>
c) <i>Par des croyances qui se substituent à sa Voix/sa Vérité.....</i>	<i>46</i>
4) <i>Les médecins ressentent un conflit entre deux exigences :</i>	<i>49</i>
a) <i>Rester dans le « cadre » de l'Evidence Based Medicine</i>	<i>49</i>
b) <i>Et rester bienveillant envers leurs patient-e-s pour garder un dialogue et mieux les comprendre... </i>	<i>51</i>
c) <i>Mais ils/elles parviennent finalement à concilier ces deux exigences.</i>	<i>52</i>
5) <i>Les médecins utilisent diverses stratégies vis-à-vis de ces patient-e-s emprunt-e-s de croyances.....</i>	<i>57</i>
a) <i>Stratégie du « charmeur de serpent »</i>	<i>57</i>
b) <i>Stratégie presque « militaire » se rapprochant du modèle de relation malade dit « conflictuel »....</i>	<i>58</i>
d) <i>Stratégie d'écoute, d'autonomisation du/de la patient-e et d'exploration de ces croyances se rapprochant du modèle dit de « négociation ».</i>	<i>61</i>
6) <i>Comment les médecins parviennent-ils/elles à composer avec ces croyances ?.....</i>	<i>64</i>
7) <i>Les apports de l'intégration des croyances à la relation thérapeutique</i>	<i>69</i>
Discussion.....	75
1) <i>Faiblesses de l'étude</i>	<i>75</i>
2) <i>Des croyances polymorphes et largement présentes.....</i>	<i>76</i>
a) <i>Représentation/définition de la croyance.....</i>	<i>76</i>

c)	Les thèmes des croyances des patient·e·s	78
d)	La place des croyances en consultation	83
e)	Les croyances des médecins.....	84
3)	<i>Des ressentis souvent minimisés par les praticien·ne·s</i>	91
4)	<i>Deux attitudes « type » vis-à-vis de leurs patient·e·s emprunt·e·s de croyances</i>	92
a)	Préserver un lien avec leur patient·e	92
c)	Affirmer leurs convictions d'expert·e·s	98
d)	Cependant les praticien·ne·s interrogé·e·s parviennent finalement à concilier ces deux attitudes	102
e)	Caractéristiques des médecins selon le type d'attitude.....	105
5)	<i>Conflits entre deux idéaux</i>	107
a)	Bien soigner son/sa patient·e.....	107
b)	Ne pas utiliser ses connaissances pour forcer les consciences, préserver l'autonomie du/de la patient·e.....	112
c)	Parallèle avec la situation des médecins pendant la pandémie de Covid 19 :	113
6)	<i>Comment les médecins interrogé·e·s ont réussi à faire de l'anthropologie « malgré eux/elles »</i>	115
a)	Les solutions déjà employées par les médecins	115
b)	Les solutions à renforcer ou à envisager	117
	Conclusion	124
	Annexes	127
	Bibliographie	130
	Attestation sur l'honneur concernant le plagiat	135

Introduction

Les découvertes scientifiques et le développement des technologies du XXe siècle ont permis un essor important de la médecine qui, en se technicisant donne l'impression de se détacher de plus en plus de la dimension relationnelle du/de la malade.

En parallèle, la question des droits des malades, résultat de l'action d'associations de patient·e·s (notamment à propos du VIH) vient en réponse à plusieurs scandales sanitaires. De ces évènements sont observés des tentatives de réinsertion du/de la patient·e au centre du diagnostic et des réflexions thérapeutiques à l'initiative des soigné·e·s, mouvement appelé « démocratie sanitaire » et soutenu par la loi Kouchner de 2002 qui a inscrit la place du/de la patient·e et de son consentement au cœur du parcours de soin (1). Différentes initiatives en découlent tel que l'ouverture d'un portail de signalement des événements sanitaires indésirables, la création d'un Service Public d'Information en Santé (SPIS) ainsi que l'introduction d'une formation à la décision partagée en soins de santé au cœur des cursus initiaux des professionnel·le·s de santé (2). Ce concept est basé sur une relation médecin-malade se révélant être un facteur de soin important pour une médecine de qualité qui fonctionne sur la durée (3).

Cette relation particulière, qui a fait l'objet de nombreuses recherches de la part de médecins et de chercheur·e·s en sciences humaines, est aujourd'hui souvent étudiée sous l'angle de compétences qui peuvent être enseignées et apprises par les médecins (3).

Parmi ces compétences figurent la prise en considération des dimensions existentielles et culturelles du/de la patient·e, appelée aussi modèle bio-psycho-social. L'ensemble des croyances et représentations constitue en partie cette dimension culturelle et caractérisent

les patient·e·s. La prise en compte de ces croyances et représentations peut s'avérer ardue si les deux protagonistes ne partagent pas les mêmes référentiels.

Un préjugé répandu dans le milieu médical, est décrit ainsi par Bonnet (4) : « Les médecins pensent quelquefois que l'adhésion des malades à des représentations « traditionnelles » de la maladie peut être un obstacle à la compréhension du discours scientifique ».

Une recherche bibliographique montre que beaucoup de travaux ont déjà étudiés le sujet des croyances et représentations sous l'angle des patient·e·s et de leurs ressentis. Ces travaux ont montré que chaque individu construit ses propres représentations en fonction de nombreux facteurs sociaux et personnels et que le rôle du/de la médecin généraliste est primordial aux yeux des patient·e·s (5-10).

A côté de cela, quelques travaux interrogent les croyances des médecins.

Une thèse explore spécifiquement le champ des croyances religieuses (11) et leur influence quant à leur relation avec les patient·e·s. Le plus souvent, les croyances des médecins permettaient d'approfondir et d'enrichir la relation médecin-malade notamment concernant les besoins spirituels. En effet, la foi des médecins les amenait à plus d'empathie, d'écoute et d'aide. Ils s'affranchissaient de tout jugement vis-à-vis de leurs patient·e·s et, selon les situations, se permettaient de dévoiler leur croyance quand ils jugeaient que cela pouvait être opportun.

Par ailleurs, un travail explore spécifiquement les croyances des médecins dans le diabète de type 2 (12). La vision majoritairement négative qu'ont les médecins généralistes du/de la patient·e diabétique de type 2 pourrait être une des causes de la mauvaise observance des patient·e·s. Un moyen d'améliorer la communication médecin-patient·e serait celle d'un travail de prise de conscience des médecins à propos de leurs propres représentations.

Le travail s'approchant le plus de celui que nous proposons est une thèse qui avait comme objectif principal d'étudier la place des croyances populaires en consultation de médecine générale spécifiquement sur l'île de La Réunion (13).

Cette étude s'attache à démontrer le degré de prise en compte de ces croyances par les médecins ainsi que leur accompagnement par la suite. L'héritage d'une médecine traditionnelle étant marqué sur l'île, les croyances sont omniprésentes au sein de la consultation tant et si bien que les médecins semblent s'être déjà habitués à travailler avec. Ils/elles ont bien saisi la nécessité de rester ouverts avec leur patient·e·s et d'instaurer un contexte propice à une bonne communication (médecin accessible, disponible, ouvert·e). La prise en compte des croyances impliquait des modifications de démarche clinique (utilisation de la médecine traditionnelle, intérêt pour l'itinéraire de leur patient·e, modification des prescriptions) et une adaptation de la part des médecins.

Le/La médecin parvenait au fil du temps et de l'exercice à tisser une relation particulière avec son/sa patient·e grâce entre autres à une remise en question d'eux/elles-mêmes. Ils/Elles avaient à cœur de garder leur rôle de conseiller·e à l'égard des croyances et pratiques tout en essayant de maîtriser les éventuels risques liés à l'utilisation de la médecine traditionnelle.

1) Définitions

Selon le dictionnaire Larousse (14):

- **La croyance est :**

« Le fait de croire à l'existence de quelqu'un ou de quelque chose, à la vérité d'une doctrine, d'une thèse »

- **La représentation est :**

« L'action de rendre sensible quelque chose au moyen d'une figure, d'un symbole, d'un signe »

« La perception, l'image mentale, etc., dont le contenu se rapporte à un objet, à une situation, à une scène, etc., du monde dans lequel vit le sujet. »

Les croyances et représentations des patient·e·s composent ce que l'on appelle le **savoir dit profane** qui correspond à l'ensemble de connaissances du/de la patient·e concernant sa maladie, sa santé, ses soins. Ce savoir est expérientiel et basé sur des rationalités conditionnées par le contexte culturel, social et individuel du sujet. Il est souvent confronté au savoir scientifique des médecins.

2) L'approche psychosociologique

En sociologie, Denise Jodelet définit les représentations sociales comme « une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social. Également désignée comme savoir de sens commun ou encore naïf, cette forme de connaissance est distinguée, entre autres, de la connaissance scientifique » (15).

Les représentations sociales sont donc des constructions mentales ayant pour but d'aider à appréhender le monde qui nous entoure, les rapports avec l'autre et avec soi-même ; elles sont constituées entre autres par les croyances (16).

« Nous avons toujours besoin de savoir à quoi nous en tenir avec le monde qui nous entoure. Il faut bien s'y ajuster, s'y conduire, le maîtriser (...) C'est pourquoi nous fabriquons des représentations » (15).

Si la croyance désigne en un seul mouvement, l'action de croire et l'objet de croyance, la représentation sociale, quant à elle, désigne la dynamique du corps de connaissances constituées autour d'un objet social et l'acte mental social de se représenter l'objet en question (17).

On note donc une différence d'échelle entre le terme croyance et représentation sociale. La représentation sociale englobe le terme de croyance et s'intéresse à un groupe social tandis que la croyance a une tendance à être plus individuelle.

Par ailleurs, plus spécifiquement au milieu médical il est important de définir le terme de représentation de la maladie tel que Leventhal, Meyer et Nerenz le rapportent : « les croyances personnelles implicites de bon sens d'un individu au sujet de la maladie ». Selon

eux, les individus créent des représentations mentales de leur maladie à partir des sources d'informations concrètes et abstraites qui sont disponibles : personnalité, enfance, expérience, culture environnante (18).

En résumé, il est aisé de constater à travers ces définitions le lien entre croyance et représentation. Dans ce travail, pour faciliter la lecture mais aussi les entretiens, nous avons fait le choix de rassembler ces deux termes sous le seul concept de croyances en gardant en tête qu'il s'agit d'un raccourci.

Rôle des croyances et représentations dans le processus

thérapeutique : Le modèle médical des croyances de santé (*Health*

Belief Model)

Si l'étude des représentations sociales est importante dans le domaine médical, c'est que celles-ci jouent un rôle non négligeable dans les situations de soins. Comme le suggèrent les recherches sur les modèles « biopsychosociaux » de la maladie, il existe une forte interdépendance entre les capacités de compréhension et d'intervention voire d'efficacité des praticien·ne·s sur l'état de santé de leurs patient·e·s et les représentations, et les comportements de ces patient·e·s eux/elles-mêmes (19). L'exemple le plus parlant est celui à l'heure actuelle de la vaccination contre le Covid-19. Il est aisé de s'apercevoir combien les croyances des patient·e·s jouent un rôle crucial dans la perception de messages de santé mais aussi de prévention. Et ainsi de comprendre les enjeux d'une bonne prise en charge des patient·e·s emprunt·e·s de croyance de manière à pouvoir les aider au mieux, tant au niveau curatif que préventif.

Les résultats d'un certain nombre de recherches montrent que l'interaction thérapeutique s'opère bien souvent autour et par les représentations élaborées sur la maladie, le traitement ou les soins (20-22).

Une des premières théories du comportement en lien avec la santé, le *Health belief model* (modèle des croyances de santé) a été développée dans les années 1950 par les psychologues sociaux Irwin M. Rosenstock, Godfrey M. Hochbaum, S. Stephen Kegeles, et

Howard Leventhal pour mieux comprendre l'échec généralisé des vastes programmes gratuits de dépistage de la tuberculose.

Le modèle HBM s'est donc intéressé aux causes de cette échec. Son principal postulat est qu'un individu adopte un comportement de prévention ou observe un comportement de soin si :

- Il est conscient de la gravité du problème,
- il se sent concerné
- le comportement à adopter présente pour lui plus d'avantages que d'inconvénients
- il croit qu'il est capable de le réaliser

Selon la théorie de l'HBM, pour que le/la patient·e soit en mesure d'accepter un traitement ou un examen, les quatre niveaux de croyances doivent être favorables, ce qui nécessite beaucoup de démarches préalables autour de l'éducation à la santé.

Ce modèle permet de travailler pour aider la personne à engager un changement en lien avec la santé.

De plus, il suggère que les croyances des gens au sujet des problèmes de santé expliquent l'engagement (ou l'absence d'engagement) du comportement de promotion de santé (par exemple, se faire vacciner, obtenir un dépistage de maladies asymptomatiques) (23).

La limitation majeure du modèle est qu'il conçoit les actions préventives des individus sous l'angle exclusif des croyances liées à la santé ou à la maladie, sans considérer les autres motifs associés aux comportements. Par exemple, les comportements quotidiens liés à la santé comme le tabagisme, peuvent devenir relativement indépendants de la prise de décision des processus liés à la santé. En outre, les individus peuvent se livrer à des comportements liés à la santé pour des raisons non liées à la santé en tant que telles (par exemple faire de l'exercice

physique pour des raisons esthétiques). Enfin, le *Health Belief Model* ne considère pas l'impact des émotions sur le comportement lié à la santé or les preuves suggèrent que la peur peut être un facteur clé dans la prédiction du comportement lié à la santé (23).

Tout ceci explique que ce modèle ne peut s'appliquer dans toutes les situations.

Les patient·e·s et médecins n'ont souvent pas les mêmes représentations de la maladie, ni les mêmes théories étiologiques. Théoriquement, les médecins devraient prendre conscience de leur propre idéalisation du métier afin de construire avec leur patient·e un espace commun propice à la parole pour accéder aux représentations du/de la patient·e étant donné l'enjeu que cela représente. C'est le vécu de l'application de cette théorie enseignée que nous avons entrepris d'explorer à travers cette thèse.

Notre travail est donc guidé par la question de recherche suivante :

Comment les médecins intègrent-ils la croyance de leurs patient·e·s dans la relation thérapeutique ?

Les objectifs secondaires sont :

De décrire les ressentis et attitudes des médecins vis-à-vis de ces croyances et vis-à-vis de la relation médecin-patient·e.)

De décrire les éventuelles influences sur la prise en charge et sur la relation médecin-malade induites par ces croyances.

Matériel et Méthodes

1) Méthodologie

Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens individuels semi-directifs auprès de médecins généralistes exerçant en milieu rural. Le choix d'une analyse qualitative s'est basé sur le fait que notre travail part du terrain pour aboutir à un modèle explicatif. Cela relève d'une démarche inductive et va à l'inverse de la démarche déductive reliée à la recherche quantitative qui va chercher à confirmer, par l'expérience sur le terrain, une hypothèse ou une théorie élaborée à l'avance (24).

De plus, la recherche qualitative permet d'adopter une posture de recherche importante dans le domaine de la santé : décrire et interpréter mais aussi agir avec la possibilité, selon les résultats, d'adapter les pratiques ou l'organisation des soins.

Les entretiens ont été conduits en individuel et en face-à-face pour mettre en confiance les participant·e·s, du fait des thèmes intimes et personnels abordés. Les entretiens étaient ouverts pour permettre de faciliter l'échange, l'expression des émotions et le vécu des interrogé·e·s.

Un guide d'entretien initial a été rédigé (cf Annexe 1), puis adapté au cas par cas selon les réponses des participant·e·s.

L'échantillonnage s'est basé sur le fait que tou·te·s les médecins étaient confronté·e·s au quotidien à des croyances au sein de leur pratique et avaient donc en commun le vécu d'un même phénomène.

Une déclaration auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) a également été effectuée.

2) Inclusion

Tou·te·s les médecins généralistes exerçant en milieu rural.

Le sujet exact de la thèse n'était pas mentionné pour limiter le risque de biais. Nous expliquions simplement qu'il s'agissait d'une thèse autour de la relation médecin-patient·e. Nous proposons un entretien en tête à tête, à la date et au lieu de convenance du médecin pour toute réponse affirmative.

Les critères d'inclusion étaient : être médecin généraliste déjà thésé·e.

3) Exclusion

Le critère d'exclusion était une profession autre que médecin généraliste.

4) Analyse interprétative phénoménologique

Les entretiens étaient enregistrés avec l'accord du/de la participant·e puis retranscrits mot à mot. Les signes de communication para- et non-verbaux ont été rapportés. L'analyse des entretiens a été faite par une méthode d'analyse interprétative phénoménologique (*Interpretative Phenomenological Analysis* en anglais ou IPA).

Le choix spécifique de ce type d'analyse est basé sur le fait que l'IPA s'intéresse à la manière dont une expérience de vie a été ressentie et comprise par la personne qui l'a vécue (24).

Contrairement à la théorisation ancrée qui tend vers une explication plus conceptuelle d'un phénomène ce qui ne correspondait pas à notre question de recherche qui explorait plus le

« comment les médecins vivent-ils/elles cette expérience des croyances au sein de la relation de soin ? ».

Le processus global de l'IPA démarre donc par une description des données pour aboutir à une interprétation qui tente de donner du sens à des ressentis et à un vécu individuel pour aboutir, par la suite à des perspectives d'amélioration des pratiques.

Cette étude détaillée du cas particulier aurait été difficile via la méthode des focus group car les participant·e·s peuvent être influencé·e·s par les opinions de leurs pairs. Du plus, le groupe se prête moins bien au recueil de témoignages intimes.

Chaque entretien a été analysé séparément avec synthèse des données en thèmes et sous thèmes puis une triangulation a été faite en confrontant ma version avec celle de ma directrice de thèse pour atteindre une version définitive. Des schémas d'analyse récapitulatifs ont été établis pour observer les récurrences de thèmes et la diversité des résultats (cf Annexe 2).

Résultats

1) Caractéristiques de la population étudiée

11 volontaires ont accepté de faire partie de l'étude. L'un d'eux/elles fut exclu étant donné qu'il était encore interne et donc, pas encore amené à suivre des patients sur le long cours.

10 volontaires ont donc été inclus dans l'étude, ce nombre a été déterminé par l'obtention de la saturation des données.

Les entretiens se sont déroulés du 15/01/20 au 09/03/20 avant le début de la crise sanitaire du Covid-19, dans les Hautes Pyrénées, dans la Drôme et dans les Hautes-Alpes, départements dans lesquels j'ai effectué des remplacements en tant que médecin généraliste. Le recrutement s'est fait par téléphone et était basé sur le volontariat.

Sur les 10 participants, il y avait 5 femmes et 5 hommes, âgé-e-s de 36 à 67 ans, la durée moyenne des entretiens était de 26 minutes, les caractéristiques sont résumées dans le tableau ci-dessous (Figure 1).

Le guide d'entretien (cf Annexe 1) a été modifié au cours de notre recherche.

N°	Sexe	Age (années)	Durée d'exercice (années)	Lieu d'exercice	Type de cabinet	Spécialité	Durée de l'entretien (min)
M1	H	54	22	Hautes-Alpes	Rural, Groupe, 4 médecins	Aucune	25
M2	H	57	25	Hautes Alpes	Rural, Groupe, 3 médecins	Urgentiste, 5 ans de carrière hospitalière au SAU avant la carrière libérale	47
M3	F	36	8	Hautes Alpes	Rural, Groupe, 3 médecins	Médecin correspondant SAMU Traumatologie/Médecine de montagne Yogathérapie	45
M4	H	37	9	Hautes Alpes	Rural, Groupe, 3 médecins	Médecin correspondant SAMU Traumatologie/Médecine de montagne Ostéopathie tissulaire	23
M5	F	55	27	Hautes Alpes	Rural, Maison de santé, 4 médecins	Homéopathie	27
M6	F	55	30	Drôme	Rural, cabinet seule	Permanences téléphoniques SMUR	13
M7	H	67	41	Hautes Alpes	Rural, cabinet seul	Homéopathie	15
M8	F	51	20	Drôme	Semi rural, maison médicale, 6 médecins	Activité au Centre d'Action Médico Social Suivi gynécologique	29
M9	F	59	31	Hautes Pyrénées	Semi rural avec 1 autre médecin	Urgentiste, activité de 6x24h aux urgences à l'hôpital en plus du cabinet libéral	13
M10	H	44	14	Hautes Pyrénées	Semi rural avec 1 autre médecin	Aucune	22

Figure 1 : Tableau résumant les caractéristiques de la population interrogée

2) La croyance s'introduit comme un personnage tiers :

Les croyances s'avèrent occuper une **place importante** au sein de la consultation médicale.

M9 (I.15) « mais y en a c'est leur...ils ne jurent que par ça...Des exemples j'en ai tous les jours »

En effet, tous les médecins interrogé·e·s au sein de notre étude ont réussi à nous faire part d'une expérience de croyances à un moment donné de l'entretien.

Pour M3, les croyances seraient omniprésentes et parfois **de l'ordre de l'inconscient**.

M3 (I.322) « moi je pense qu'il y en a plein sans s'en rendre compte »

Elles semblent revêtir un aspect très **pléomorphe**.

M2 (L23) « Maintenant y a les croyances dans l'homéopathie, dans il faut pas se vacciner, des croyances dans l'ostéopathie, voilà ça c'est les nouvelles croyances on va dire. Je pense qu'elles ont dû exister depuis toujours mais aujourd'hui c'est surtout celles-ci qui ressortent et plus vraiment les croyances religieuses.

a) Qui est parfois inconnu voire incompréhensible du/de la médecin

La croyance ou la représentation de soin était un concept très **difficile à définir** et déstabilisant pour la majorité des médecins interrogé-e-s. En effet, la première question de notre entretien était souvent marquée par un temps de réflexion comme en témoigne les points de suspension et soulevait régulièrement une question en retour.

M4 (l.16) « Une ou des croyances...c'est vaste »

M5 (l. 90) « Alors c'est pas forcément pour moi des croyances. C'est surtout un sujet d'ignorance des uns et des autres »

M7 (l.13) « il y en a plein des différentes »

M8 (l.27) « alors j'aurais du mal à vraiment avoir quelque chose de précis »

Il est fait état de différents concepts.

Certains médecins ont assimilé les croyances à des « **pathologies** ».

M5 (l.79) « Pour moi c'est pas particulièrement une croyance mais de réelles pathologies qu'il faut prendre en compte. »

D'autres les rapprochent de **dogmes sociétaux**.

M10 (l.8) « on a plein de dogmes sur cette planète en particulier quand tu touches à la santé »

Une majorité de médecins ont associé les croyances à **la foi**.

Certain-e-s faisaient d'emblée allusion au domaine religieux, avec le besoin de catégoriser la croyance.

M1 (l. 23) « Croyance, c'est à dire religieuse ou croyance n'importe ? »

M9 (l.12) « alors on a tendance à penser religion. »

M10 (l.8) « Des croyances...religieuses ou... ? »

Pour d'autres il s'agissait simplement **d'un héritage culturel**.

M3 (l.32) « là pour moi c'est vraiment une différence culturelle »

M4 (l.29) « ça peut être la culture du terroir, ça peut être la famille, ça peut être beaucoup de choses »

Le concept de croyance a été instinctivement **relié à l'irrationnel** et à quelque chose qui nous dépasse.

M2 (l.28) « Une croyance c'est quelque chose qui est pas raisonné »

M7 (l.106) « c'est une forme d'énergie, une sorte de transfert énergétique pour moi ça se transmet comme ceci. (...). Énergie que j'ai perçu toute ma vie et que je veux transmettre. »

Et également à un mécanisme de réponse métaphysique envers la mort, l'incertitude, l'angoisse qui paraît incompréhensible.

M2 (l. 140) « Ben ça comble des vides. Quand on a une croyance on réfléchit pas au reste. On a besoin de certitudes en fait, avoir de l'incertitude c'est hyper angoissant »

M10 (l.22) « je pense que là-dedans plein de gens s'engouffrent dans ce vide. Ca nait d'un vide je pense, on sait pas, t'entend un truc sur internet machin.. »

b) Car le/la médecin est lui/elle-même souvent un·e "croyant·e" de l'esprit scientifique

Il nous a semblé intéressant d'aborder le sujet des croyances personnelles des médecins interrogé·e·s.

Trois médecins interrogé·e·s estimaient n'avoir aucune croyance ou représentation.

M1 (l.121) : « Non, pas du tout, non je suis assez terre à terre, -il sourit- »

M2 (l.119) « Non j'ai pas de croyances dans le sens où je n'ai pas de certitudes. »

M9 (l.50) « Non. Non. Je suis hyper cartésienne. »

M2 parle d'une certaine **forme d'instinct**, de sensation non explicable, non contrôlable et qui menait à certaines décisions.

M2 (l.124) « Je me dis mais comment j'ai senti qu'il y avait ce cancer du poumon, cette pneumopathie et je me dis toujours ces sortes d'instincts que je peux avoir. C'est pas une croyance mais moi je marche beaucoup à l'instinct dans les diagnostics et j'ai toujours peur comme c'est pas toujours rationnel, de ne plus l'avoir, de ne plus avoir cette capacité-là. On

reste tous un peu irrationnels malgré tout, donc dans mon travail il y a une partie irrationnelle. »

Ce phénomène décrit par ce médecin sans qu'il ne le nomme est ce que les études nomment le « **gut feeling** » ou « l'intuition », qui est en fait, pour partie, basée sur du raisonnement clinique, mais en partie inconscient.

Tandis que la plupart exprimaient avoir eux/elles-mêmes une certaine forme de croyance.

Certain-e-s conscientisaient des croyances basées sur un **savoir dogmatique**.

Il s'agit d'une considération de la formation médicale en tant qu'acquisition de savoirs définis selon un certain prisme que sont les études médicales ainsi que le reste de notre formation ultérieure.

M4 (I.87) « et mes croyances à moi -il rit- parce qu'on en a tous au niveau médical.. »

(I.151) « Ben moi mes croyances..mes croyances d'abord elles sont influencées par le bagage médical de formation parce que c'est sûr qu'on est un peu façonnés on nous apprend des choses.. »

M6 (I.70) « Oui ben oui, forcément. Mais après on a des croyances qui sont normalement étayées par des études, de la pratique, des faits. »

(I.75) « donc ça peut changer mes croyances... l'absence de preuves dans un sens comme dans un autre qui fait que je ne sais pas. »

M10 (I.76) « Oui, notre médecine est un peu dogmatique aussi il y a des choses basées sur des preuves mais il faut voir qui émet les preuves des fois..(il rit) et quand t'es jugé partie quand un labo te propose un truc avec des preuves et que tu vois qu'un an après le médicament il

est retiré parce que les preuves étaient nazes. Ça c'est aussi une certaine croyance de notre côté, il faut peut-être garder notre libre arbitre »

D'autres ont évoqué la croyance en un **mécanisme psychologique** qui soulagerait les patient·e·s à la simple vue d'un thérapeute : **l'effet placebo**.

M3 (I.333) « même pour moi mes croyances, je crois vachement au psychologique sur la prise en charge, je me dis que ça fait vraiment énormément »

(I.338) « 50% de la guérison déjà c'est rien que d'aller voir quelqu'un, et qu'il soit médecin, thérapeute et eux ils parlaient pas de l'effet placebo mais un peu de l'effet thérapeutique de voir un thérapeute en tout genre »

M7 (I.96) « combien de patients sortent du cabinet en disant « ah je vais mieux » c'est une croyance dans le sens où je n'ai rien donné mais qu'il y a quand même quelque chose qui se passe, un transfert qui est évident »

(I.100) « En fait des fois il suffit pour que les gens aillent mieux qu'on ait cet échange et nous qu'on croit en cette amélioration qui peut venir ne serait-ce que par l'écoute et l'échange, donc il y a bien quelque chose pour moi qui se passe à ce moment-là. »

Les **médecins** sont donc, souvent, **des croyant·e·s de l'esprit scientifique**.

c) Ce qui génère un dérangement comme le ferait un·e intrus·e

Certains adjectifs utilisés par les médecins pour décrire leurs ressentis vis-à-vis des croyances de leurs patient·e·s convergeaient vers une **idée de perturbation, de déroutement**, comparant la croyance à « **un gêneur** » ou à une personne non attendue au sein de la consultation.

M1 (l. 27) « Non j'ai pas de soucis comme ça moi »

M3 (l.89) « Moi c'est vrai qu'au début j'étais un peu sceptique »

(l.141) « ça va être compliqué quoi. »

M5 (l 22) « Quelque chose qui m'aurait choqué..? »

(l.91) « On est un peu désarmés. »

M7 (l.16) « parce qu'il avait plein de symptômes bizarres »

(l.17) « il avait une théorie là-dessus qui m'a assez plombé »

(l.48) « ses demandes n'étaient pas dangereuses mais un peu aberrantes »

M8 (l.54) « je suis embêtée »

M10 (l.19) « Pour ce qui est de la religion j'ai pas eu de soucis majeur ici. »

(l.53) « oui ben des fois t'en as ils te mettent pas à l'aise. »

Il existe beaucoup de **litotes** (« un peu », « des fois », « assez ») et d'hésitation dans ces verbatims comme s'il y avait une volonté de ne pas apparaître comme non empathique de la part des médecins.

M9 s'exprime de manière plus véhémente avec un **ton nerveux** :

M9 (l.40) « Des fois ça m'agace...mais euh...non »

(l.43) « voilà, des fois ça nous saoule mais voilà. »

Les croyances génèrent également **de la surprise** auprès de deux médecins.

M5 (l.30) « parce que ce qui m'avait surprise c'était que tout était la faute du médicament »

M7 (l.33) « ça m'avait éminemment surpris. »

Le côté chronophage de ce type de consultation, où la confrontation des croyances est mise en jeu, est fréquemment souligné et nous comprenons alors les difficultés qu'elles peuvent engendrer dans l'organisation d'une journée pour les médecins qui ne peuvent se permettre d'accumuler trop de retard.

M1 (l.238) « mais il faut le faire avec parcimonie, on peut pas le faire tout le temps »

(l.227) « donc le seul truc qui m'a un peu embêté parce que voilà ça avait vraiment un cote médical et qu'on risquait de perdre du temps etc...voilà c'était ça »

M3 (l.291) « c'est chronophage... »

M4 (l.115) « oui je trouve qu'on parle beaucoup, on utilise beaucoup de salive dans ce genre de situation »

M7 (l.52) « Sinon ça pouvait durer des heures. »

Enfin M4 explique être gêné car ce type de consultation **ne lui permet pas d'être intègre**.

M4 (l.108) « Et oui ça te met en difficulté parce que, dans un sens, tu n'es pas toi même dans une consultation, tu n'es pas intègre...tu ne dis pas ce que tu penses ou tu ressens médicalement, déjà il y a personnellement ce que tu ressens et puis médicalement ce que tu penses par rapport à une situation.»

Le temps passé à écouter les patient·e·s mène à une fatigue qui elle-même occasionne une **impatience**, un manque de concentration voire un **épuisement**.

M2 (l.85) « Épuisante. On sort de là le soir, on est cassé en deux. »

M3 (l.280) « oui j'étais perdue dans cette consult »

M6 (l.44) « quelque fois quand j'ai plus de motivation je peux en reparler, tout dépend du moment de la journée aussi, si j'ai vu des patients qui m'ont pris beaucoup d'énergie j'avoue que quelque fois je...comme tout le monde, si on a plus d'énergie j'en parle plus et si j'ai un autre moment où j'ai plus d'énergie je me dis « allez j'y retourne » mais pas forcément. »

Cette lassitude va de pair avec une **envie de capituler** qui se traduit dans nos entretiens par le ton employé par **M1** : (l.292) « Oui, je dis rien -ton las- je dis rien parce que ça sert à rien, si tu dis non mais c'est pas possible alors du coup il va retourner chez l'ostéopathe « le toubib il m'a dit que.. » c'est pas la peine je veux dire ».

Le ton employé par les autres médecins était plus nerveux et fataliste.

M2 (l.109) « Je chercherai pas à les changer de leur délire comme j'ai dit, c'est pas la peine, enfin moi ça fait 30 ans maintenant, je sais qu'on peut pas les changer. »

M4 (l.60) « Parce que...ben des fois je cherche à comprendre mais je le fais de moins en moins »

(l. 93) « c'est à dire qu'il y a des choses que je pense que je ne vais pas forcément dire euh...parce que je me dis que de toute façon c'est peine perdue »

M6 (l.36) « j'ai eu quelques fois essayé de lui dire que je pensais pas que c'était ça mais j'ai arrêté »

(l.41) « mais à force je baisse les bras, j'avoue. »

(l.43) « J'écoute son point de vue mais après je donne des arguments médicaux qu'elle entend pas forcément et à force j'en parle plus. »

M10 (l.35) « Moi j'ai lâché l'affaire...vis à vis de ça je lâche l'affaire »

Cette capitulation est fluctuante selon le moment de la journée (plus fréquente en fin de journée avec l'accumulation de la fatigue) et selon l'état de forme du/de la médecin.

M5 (l.200) « ça protège aussi hein. Ça protège. Des fois c'est moins fatiguant. C'est évident qu'en fin de journée tu te cantonnes à ce que t'as appris à la fac et boum boum boum tout va bien, c'est beaucoup plus facile...enfin facile...beaucoup moins fatiguant. On est tous à un moment ou à un autre, plus fatigués. »

M10 (l.44) « quelque fois quand j'ai plus de motivation je peux en reparler, tout dépend du moment de la journée aussi, si j'ai vu des patients qui m'ont pris beaucoup d'énergie j'avoue que quelque fois je...comme tout le monde, si on a plus d'énergie j'en parle plus et si j'ai un autre moment ou j'ai plus d'énergie je me dis « allez j'y retourne » mais pas forcément. »

Cette attitude mène à un **évitement du sujet**, comme l'on éviterait un « gêneur ». **M1** l'exprime par l'expression « botter en touche ».

M1 (l.145) « on m'a posé plein de questions, j'ai botté en touche hein, complètement, j'ai dit « attendez moi j'en sais rien, je veux dire, pour moi j'ai rien alors vous me dites j'ai mal au crâne à cause des ondes »

(l.167) « je botte en touche je dis ben non j'en sais rien quoi. »

d) Et "brouille" la relation médecin-patient-e

La **communication** dans ce contexte semble particulièrement **compliquée** avec la sensation, pour les médecins, **de ne pas être écouté** et **d'éprouver des difficultés à écouter** les patient-e-s quand leurs opinions divergent trop des leurs.

M3 (l.142) « C'était hyper dur de parler.. »

(l.149) « quoique je dise en fait elle m'écoutait pas du tout »

M6 (l.61) « Mais bon ils l'entendent pas forcément. »

M7 (l.40) « J'ai eu la difficulté d'abord je dirais d'écouter ce qu'il disait »

M10 (l.71) « L'information passe pas toujours, en tout cas elle a été émise après est ce que le récepteur l'a bien reçu et intégrée, ça... »

C'est l'impression d'un **dialogue de sourd·e·s** qui peut parfois paraître absurde. Ce qui conduit alors à une information incomplète ou même inexistante lorsque le message n'a pas réussi à passer.

M5 (l.31) « et finalement on se demandait si elle avait compris que les médicaments pouvaient l'aider. »

(l.35) « j'étais pas complètement sûre qu'elle avait compris le traitement qu'on lui avait mis et ce qui était du fait de la maladie de ce qui était du fait des médicaments. »

M7 (l.47) « il voulait des choses qui étaient contradictoires et pour finir cette contradiction et ce dialogue ne menaient pas à grand-chose »

3) Il existe également un conflit un peu narcissique du/de la médecin

La confrontation au savoir des patient·e·s, élaborée sur une tout autre base que le savoir médical provoque globalement un sentiment d'inconfort.

La différence de dogme perturbe au plus haut point ainsi que la sensation de déchéance par rapport à un statut et à un pouvoir inhérent au savoir médical.

a) Une image du/de la médecin « tout·e puissant·e » ou sauveur·euse

M2 exprime une **conscientisation aiguë du pouvoir médical** en revêtant le rôle d'un médecin « tout puissant » qui aime « délivrer du mal » et ramener à la raison son/sa patient·e.

M2 (l.59) « quand j'ai leur confiance, mais plus ils sont délirants et plus c'est facile de leur faire passer des messages après. Mais à condition de rentrer dans leur délire. »

(l.80) « et ceux qui étaient difficiles à apprivoiser, parce que c'est le mot qu'il faut, apprivoiser, et ceux là une fois qu'on les a apprivoisés ils sont plus géniaux que les autres parce qu'ils vous suivent aveuglément. »

M1, quant à lui, adopte vis-à-vis de lui-même une attitude **d'auto-prescripteur** convaincu de la « toute puissance » de la médecine.

M1 (l.129) « quand j'ai mal à la gorge je vais me mettre sous antibio et corticoïdes, j'attends même pas dix jours, vingt jours, trente jours, je veux du résultat tout de suite parce que je veux que cet après midi je sois mieux que ce matin donc... »

b) Déchu·e de sa position de "sachant·e absolu·e"

Plusieurs situations semblent mettre en échec le corps médical face aux patient·e-s emprunt·e-s de croyances.

D'une part, il existe les médecins qui ont comme objectif de faire entendre à leurs patient·e-s leur vérité et qui se traduit par un **champ lexical de l'échange, du marchandage** (expressions soulignées ci-dessous). Ils/elles veulent obtenir tel résultat mais n'y parviennent pas.

M1 (I.240) « vous le prenez comme un échec, vous vous dites « merde je sens qu'il y a quelque chose » mais j'y arrive pas parce que personne me soutient donc voilà, c'est pas la même chose, on sent qu'il va s'échapper mais on va pas le... »

M2 (I.101) « on arrive pas à tous les coups à atteindre notre but. »

(I.210) « Et puis en plus on n'obtient rien, c'est ça qu'il faut savoir, on ne peut pas les changer. »

M6 (I.25) « Après ça marche pas forcément (elle rit). Y a des « anti-vaccins » purs et durs et là j'ai beau dire ce que je veux, j'y arrive pas. »

(I.28) « Y a certaines personnes qu'on peut convaincre. Mais les purs et durs je dirais pas. »

(I.50) « C'est pas satisfaisant. Ça ne me satisfait pas moi. »

(I.51) « Ou quelque fois je me dis qu'un autre médecin aurait trouvé un angle d'attaque meilleur donc ça peut me dévaloriser à certains moments en me disant que peut être que je n'ai pas bien fait quand même »

D'autre part, une mauvaise communication entraînant une relation soigné-e/soignant-e. médiocre est également à l'origine d'une **sensation d'échec et de destitution** du « pouvoir médical ».

M2 (l.189) « S'ils ne vous font pas confiance vous pourrez rien en tirer. »

M5 (l.143) « parce qu'ils te mèneront en bateau longtemps et que c'est pas comme ça que tu les soigneras. »

M8 rapporte également la sensation d'être **déstabilisée dans sa figure de médecin** par méconnaissance en la matière.

M8 (l.33) « parfois moi je peux être mise à mal parce que je me sens pas du tout en capacité de répondre »

(l.55) « en fait on te demande de valider quelque chose sur laquelle t'as pas d'expérience suffisante par méconnaissance.

Il existe également une **sensation d'être manipulé** de la part des médecins qui ont l'impression d'un rôle joué par les patient-e-s à travers ces croyances afin d'obtenir un service (prescription ou autre).

M7 (l.66) « c'est pas une relation je dirais sereine parce que je pense que dans son discours il y a quelque chose qui est un petit peu faux je dirais. »

(l.69) « J'ai l'impression par moment qu'il me roule un peu dans la farine. »

(I.85) « Ce type là c'est particulier je veux dire c'est pas une relation facile avec des gens comme ça, on a toujours l'impression d'être manipulé »

c) Par des croyances qui se substituent à sa Voix/sa Vérité

Les médecins rapportent une sensation de pleine puissance des croyances dans l'esprit des patient·e·s. **A tel point qu'elles se substitueraient à leur discours « rationnel »** comme le ferait une religion. Il est retrouvé un **vocabulaire proche de celui de la théologie** dans les entretiens des médecins pour exprimer cette influence.

M3 (I.281) « fondement de toute sa base de vie »

(I.151) « c'était sa raison d'être »

A tel point que cela finit par constituer une part entière de leur identité, comme s'il/elles ne pouvaient exister sans ce personnage.

M3 (I.268) « moi je la sentais un peu prisonnière de son truc là »

(I.281) « j'étais sûre qu'il y avait vraiment un malaise psychologique mais que je pouvais pas du tout travailler tellement c'est ancré et que en fait c'est le fondement de toute sa base de vie, c'est toute sa vie quoi. »

(I.219) « et que sa croyance ça la bloque pour faire un travail sur elle, pour avancer. Et moi c'est ça qui m'embête c'est que ça bloque tout »

M5 (I.30) « parce que ce qui m'avait surpris c'était que tout était la faute du médicament »

L'emprise ressentie de ces croyances sur les patient·e·s les amènent alors à se questionner sur une **pathologie psychologique/psychiatrique**.

M3 (I.156) « Moi c'est vrai que je prenais ça plutôt pour des crises d'angoisse quand elle disait qu'elle sentait qu'elle pouvait plus avec des malaises, elle était obligée de rester de se mettre par terre euh..du coup c'est vrai que pour moi ça faisait même plutôt crise d'hystérie »

(I.230) « y a quand même quelques éléments qui me font vraiment dire qu'il y a des trucs qui sont plutôt de l'ordre psychologique »

(I.237) « c'est un peu un délire où y a une adhésion de tout l'entourage, enfin j'aime pas dire délire parce que c'est pas complètement un délire mais tu vois euh une croyance telle que tout l'entourage y croit. »

En outre il est question également de la **croyance en tant qu'entité inhibante** pour le/la patient·e étant donné qu'elle le/la **cloisonne dans un mode de pensée unique**.

M2 (I.148) « Le problème des croyances c'est que ça inhibe la possibilité d'évoluer. Quand on croit à quelque chose on ne peut plus se poser de questions on ne peut plus évoluer, on ne peut plus s'adapter. »

(I.153) « parce qu'ils sont sur des croyances, le fonctionnement intellectuel est terminé. C'est fini, c'est une croyance. On ne se pose plus de questions. »

M4 (I.40) « c'est tellement ancré que de faire changer d'avis une personne ou de proposer une thérapeutique particulière ou même un vaccin à titre préventif est bien trop compliqué. »

(I.53) « j'ai l'impression que...user sa salive -il rit- c'est bien compliqué pour faire changer d'avis, dans cette situation là les gens ont une telle crainte et une telle certitude que c'est néfaste »

(I.116) « et qu'on a peu de résultats pour les gens qui ont des croyances très ancrées. »

4) Les médecins ressentent un conflit entre deux exigences :

a) Rester dans le « cadre » de l'*Evidence Based Medicine*

L'objectif des médecins interrogé·e·s est de maintenir un cadre de consultation au sein duquel ils/elles peuvent structurer leur travail.

Les étapes de la consultation sont souvent réaffirmées par **M1** en insistant sur l'importance du diagnostic comme élément rationnel indispensable à poser avant tout autre chose. Comme s'il s'agissait d'une « limite morale » que les médecins se posent.

M1 (I.84) « Mais voilà si le diagnostic est posé »

(I.96) « Non, non, tant que c'est encadré et que le diagnostic est posé, y a pas de dérapage quoi je veux dire euh...voilà »

La consultation est menée avant tout comme une consultation habituelle afin de **maintenir une trame et d'éviter les erreurs médico légales.**

M1 (I.175) « je gère ça comme une consultation, ben on va essayer de trouver un traitement pour qu'il aille mieux donc pour moi c'est une consultation. »

M4 (I.131) « avant tout il faut faire notre travail de médecin, ce qu'on nous a appris, faut savoir le faire parce que je pense que c'est indéniable, ça fait partie de notre travail »

(I.174) « je me dis, « fais d'abord le rationnel parce que c'est ton travail » parce que médico légalement c'est notre travail et parce que personne d'autre le fera donc faut le faire »

M5 (I.74) « c'est un profil clinique particulier qu'il faut prendre en charge de la même façon. »

M10 (l.47) « moi je soigne, je reste assez proche du protocole de soin qui a été établi et j’y déroge pas trop »

(l.103) « Tu proposes des trucs alternatifs aux gens si t’y crois, personne viendra te le reprocher si t’as pris soin d’éliminer les trucs graves avant. »

Le **raisonnement médical basé sur les preuves** ainsi que la médicalisation du sujet structure également ce cadre de consultation.

M1 (l.181) « mais voilà on va plus raisonner dans le médical. »

M2 (l.106) « j’essaye d’être attentif à tout ce qui est en dehors de ça »

M5 (l.78) « Donc voilà c’est plus à la fois du symptomatique je ferais à ce moment-là »

M6 (l.19) « Essayer d’expliquer que les vaccins par exemple les 10 vaccins pour les enfants on les faisait déjà de façon pas obligatoire mais très recommandée. Qu’il y a des études qui montrent qu’il n’y a pas de soucis particulier »

Nous avons la sensation que les médecins **tentent ainsi de reprendre leur « place »** au sein de la consultation.

M4 (l.86) « J’ai tendance à rester droit dans mes bottes et à faire mon travail avec mon bagage culturel, scientifique »

M5 (l.50) « et c’est là que je lui ai expliqué que les vaccins ça rendait pas malade. »

M10 (l.41) « Pour les autres sujets, la vaccination, je lâche pas. J’ai 15 ans de recul ça me permet de dire aux gens que ça fait 15 ans que je vaccine des enfants et que je vois pas où serait le problème potentiel. »

- b) Et rester bienveillant envers leurs patient·e·s pour garder un dialogue et mieux les comprendre

Comme dans les consultations « habituelles » l'objectif premier concernant le/la patient·e est un **mieux-être**, un **soulagement**, une **guérison**, une **rémission**. Les **croyances ne semblent pas modifier cet objectif**.

M1 (I.269) « moi c'est le résultat que je veux, le résultat c'est qu'il va bien, ça me suffit. »

M2 (I.76) « Mon but il est le même que chaque médecin, on va essayer de soigner. »

M5 (I.130) « Pour l'écoute et pour comprendre comment ils fonctionnent, qu'est-ce qui leur fera du bien »

(I.156) « en tout cas la personne en question était extrêmement contente de cette démarche et je suis absolument persuadée que ça va lui faire du bien alors croyance pas croyance, c'est le résultat qui compte, le bien être, l'équilibre, »

(I.161) « Effet placebo ou pas, je m'en fous en fait, l'idée c'est que ça marche, enfin que les gens soient bien, »

M7 (I.57) « c'est la prise en charge du patient pour son bien »

Autre but pour le/la médecin : **préserver ou redonner l'autonomie au/à la malade**. Les médecins ayant évoqué cela avaient à cœur de « laisser les clés » à leur patient·e, de ne pas trop les influencer avec leur savoir.

M4 (I.71) « que ce soit un peu le patient qui finisse par décider à accepter une thérapeutique que ce soit un vaccin, une statine etc.. »

M5 (I.194) « est ce que ça marche aujourd'hui est ce qu'ils y croient aujourd'hui est ce qu'ils ont suffisamment de recul pour pouvoir revenir dessus ou non »

Enfin un objectif essentiel est le **maintien d'une communication avec le/la patient·e** pour éviter une rupture de lien.

M2 (I.224) « Si on perd le dialogue on ne peut plus rien faire »

M3 (I.202) « j'avais pas envie de perdre le contact tu vois »

M5 (I.87) « on est quand même là aussi pour être...pour entendre toutes ces nouvelles pathologies. »

(I.142) « En tant que généraliste, quand tu as des patients dont tu es médecin traitant forcément si tu passes pas par cette écoute-là tu passes à côté de plein de chose »

M7 (I.55) « Y a toujours un échange dans mes consultations, toujours un dialogue, c'est primordial »

(I.68) « je recherche une relation basée sur la franchise »

(I.89) « Être à l'écoute mais aussi réciproquement qu'on écoute ce que j'ai à dire. »

M8 (I.106) « Le but c'est de ne pas perdre le lien »

(I.107) « il faut pas être en conflit »

(I.110) « qu'on soit pas un lieu qui soit repoussant et que du coup ça mette à mal un suivi. »

c) Mais ils/elles parviennent finalement à concilier ces deux exigences.

La plupart des médecins **arrivent à être conciliant·e-s et diplomates** vis-à-vis des croyances des patient·e-s même s'ils/elles y étaient plutôt réfractaires.

Comme nous l'avons décrit au début de nos résultats, les médecins interrogé·e·s expriment beaucoup de ressentis négatifs vis-à-vis des croyances de leurs patient·e·s. Il était initialement rapporté de nombreuses émotions qui, par la suite, semblaient pouvoir être « maîtrisées » par les médecins afin d'avoir une conduite plus professionnelle.

Il a été intéressant de constater que les médecins plutôt embarrassé·e·s initialement voire même foncièrement dérangé·e·s dans leur logique, arrivaient finalement tou·te·s à « faire avec » ce troisième personnage qu'est la croyance. Quitte à s'en servir comme d'une stratégie (comme M2).

Il a été décrit différentes « façons » de procéder. La principale réside dans la nécessité des médecins à **faire des concessions** vis-à-vis de leur patient·e, comme en témoigne ce **champ lexical** (expressions soulignées ci-dessous):

M2 (l.70) « « si on lâche du lest sur leur façon de voir les choses » (l.77) « Mais il faut savoir des fois sur certaines choses lâcher du lest pour pouvoir après imposer la science, la médecine là où il le faut quand ça devient grave. » (l.105) « Ben non, les gens on les change pas. Il faut faire des concessions »

M4 (l.91) « en fonction de ce que j'ai constaté par rapport à la personne, à son état psychique, à sa culture, j'ai tendance à proposer différemment la thérapeutique... »

(l.111) « Donc dans ces cas-là j'ai tendance à faire un message de prévention mais pas forcément insister quand y a un côté conflictuel. »

M7 (l.47) « du coup j'ai accédé à ses demandes »

(l.51) « Donc ça a fini par une espèce de compromis ou lui a dit bon ça va c'est bon comme ça et moi aussi. »

(l.57) « mais si dans cette prise en charge pour son bien il y a des choses qu'il n'arrive pas à intégrer à un moment eh bien ce sera le compromis, quelque chose de non dangereux mais dans lequel je n'accepte pas tout ce qu'il me demande non plus parce qu'il n'y a aucune raison que j'accepte un patient qui va m'imposer des choses donc je ne me laisse pas imposer »

(l.74) « Ce patient là en particulier, même si je cherche le compromis parce que je suis un soignant, et je me dis que quelque part il y a une maladie mais je ne me laisse pas avoir totalement jusqu'au bout. »

M10 (l.56) « Parce que ça t'oblige à faire quelques entorses à tes croyances à toi et à faire avec le patient quoi. Si il veut pas on le fera pas. »

Faisant preuve de diplomatie et réalisant des concessions afin d'éviter les conflits, les médecins **tentent d'exercer tout en « faisant avec » les croyances des patient·e·s.**

M2 (l.29) « Donc euh...il faut faire avec. Donc quand les gens ils sont comme ça, il faut pas se braquer avec eux, je leur dis, moi ma phrase c'est « ah, ben l'homéopathie c'est très bien, j'ai rien contre, je la prescris, mais à condition de ne pas être malade. » voilà, ça veut tout dire -il rit-. »

(l.53) « En fait après, c'est ce que j'explique à mes internes, « tu sais l'énergie, il faut savoir la garder des fois , pas la dispenser pour tout » donc si elle veut son vermifuge parce que la lune, le loup, le machin, je m'en fous je lui donne. »

(l.106) « j'essaye de faire avec »

(l.224) « Il faut être diplomate pour éviter des guerres. »

M7 (l.61) « j'essaye avec le dialogue de trouver quelque chose de coopérant entre ce qu'il a désiré au départ et ce que moi je veux bien lui donner. »

M10 (I.70) « Si j'ai fait passer l'info que je souhaitais et que j'ai laissé le choix, oui je peux m'en contenter. »

Pour **au moins préserver un dialogue** qui est un des objectifs essentiels exprimé par les médecins pour éviter une rupture de lien.

M2 (I.224) « Si on perd le dialogue on ne peut plus rien faire. »

M3 (I.202) « j'avais pas envie de perdre le contact tu vois »

M4 (I.97) « on peut se dire à un moment que ce vaccin aurait prévenu cette situation mais on finit par ne pas le dire parce qu'on a déjà eu pas mal de discussions un peu houleuses ce qui fait qu'il y a une certaine rupture de la confiance médecin patient clairement »

M5 (I.87) « on est quand même là aussi pour être...pour entendre toutes ces nouvelles pathologies. »

(I.142) « En tant que généraliste, quand tu as des patients dont tu es médecin traitant forcément si tu passes pas par cette écoute-là tu passes à côté de plein de chose »

M7 (I.55) « Y a toujours un échange dans mes consultations, toujours un dialogue, c'est primordial »

(I.68) « je recherche une relation basée sur la franchise »

(I.89) « Être à l'écoute mais aussi réciproquement qu'on écoute ce que j'ai à dire. »

M8 (I.106) « Le but c'est de ne pas perdre le lien »

(I.107) « il faut pas être en conflit »

(I.110) « qu'on soit pas un lieu qui soit repoussant et que du coup ça mette à mal un suivi. »

Dialogue qui permettra parfois, à terme, d'agir avec l'accord du/de la patient-e malgré une croyance initialement opposante et de créer un réel partenariat thérapeutique.

M4 (I.9) « on essaye de travailler de pair et on essaye de se poser des questions les uns les autres pour se stimuler »

M8 (I.65) « souvent c'est elle qui m'apprend des choses donc c'est pas mal aussi. »

(I.70) « des gens que je revois et surtout j'ai eu l'impression d'une mise en confiance puisque d'être celle qui dit « je ne sais pas » ça met l'autre aussi en confiance »

Même si les médecins interrogé·e·s parviennent donc à être diplomates, ils/elles assument de garder une « **ligne de conduite** » et des **limites à ne pas dépasser**.

Ils composent alors avec leur besoin de faire valoir l'EBM par intégrité et par déontologie.

M1 (I.79) « je lui ai dit que moi j'étais pas trop...que je comprenais pas trop donc euh »

(I.207) « Ben j'ai été honnête j'ai dit que moi cette science là je la connaissais pas du tout, que pour moi je restais très cartésien, que c'était dommage qu'on risquait de prendre du retard etc...que voilà, c'était dommage qu'il arrête tout traitement naninana... »

M7 (I.41) « j'essayais de lui faire comprendre que je n'étais pas d'accord et j'ai essayé de le gérer au mieux »

(I.57) « mais si dans cette prise en charge pour son bien il y a des choses qu'il n'arrive pas à intégrer à un moment eh bien ce sera le compromis, quelque chose de non dangereux mais dans lequel je n'accepte pas tout ce qu'il me demande non plus parce qu'il n'y a aucune raison que j'accepte un patient qui va m'imposer des choses donc je ne me laisse pas imposer »

(I.70) « Donc ce côté-là ne me plaît pas mais je lui fais savoir en même temps »

M8 (I.68) « je le dis en disant « ben là je ne sais pas de quoi on parle donc je vais pas pouvoir avoir un avis ». »

(I.118) « donc en fait j'essaye d'être la plus honnête possible et ensuite ce sont les gens qui font leur chemin. »

5) Les médecins utilisent diverses stratégies vis-à-vis de ces patient·e·s emprunt·e·s de croyances

a) Stratégie du « charmeur de serpent »

Une autre stratégie consiste à **adhérer, à des fins éducatives, aux croyances des patient·e·s** pour favoriser une bonne relation médecin-patient·e, un lien de confiance, afin de pouvoir, par la suite, leur faire passer des messages et essayer de les convaincre de certaines choses.

M2 (I.59) « si j'arrive en rentrant dans leur délire à avoir leur confiance, quand j'ai leur confiance, mais plus ils sont délirants et plus c'est facile de leur faire passer des messages après. Mais à condition de rentrer dans leur délire. »

(I.80) « et ceux qui étaient difficiles à apprivoiser, parce que c'est le mot qu'il faut, apprivoiser, et ceux là une fois qu'on les a apprivoisés ils sont plus géniaux que les autres parce qu'ils vous suivent aveuglément. »

(I.112) « De toute façon on le voit, il faut être par contre aux aguets, si un jour ils commencent à se poser des questions là-dessus, là poum il faut y aller. Mais tant qu'ils sont dans leur certitudes on ne peut rien faire »

Stratégie critiquée par la suite par M3 qui peut être jugée comme peu appropriée et peut amener à un dilemme éthique.

M3 (l.220) « Parce que je me dis, est ce que le fait d'adhérer dans son truc c'est bien... »

b) Stratégie presque « militaire » se rapprochant du modèle de relation malade dit « conflictuel »

Il est exprimé une volonté de convaincre les patient·e·s de leur façon de voir les choses.

M6 (l.29) « Mon but est de les convaincre oui. »

M9 (l.30) « Des fois j'essaye de les faire changer d'avis »

Et ce, dans un esprit combatif devant le caractère plutôt opposant des croyances vis-à-vis du savoir scientifique.

Il est utilisé un **champ lexical du combat** (expressions soulignées ci-dessous) illustrant bien cette idée :

M1 (l.271) « fusiller »

M2 (l.55) « Par contre le jour où elle est vraiment en difficulté, en danger, là je la coince et je garde mon énergie pour ça. »

(l.231) « ben j'ai réussi à lui faire mettre une prothèse de hanche, j'ai réussi à la dernière consultation à lui faire prendre des statines, c'est pas facile, ah oui oui oui j'ai réussi! »

M2 (l.239) « Quand on a une petite ouverture il faut s’y engouffrer pour faire passer un message. »

M5 (l.91) « On est un peu désarmés. »

M6 (l.64) « ça m’apporte quelque chose dans le fait que je dois trouver des arguments pour contrer ces croyances qui pour moi ne sont pas bonnes »

Une conséquence de cette stratégie semble encore difficile à éviter : **la rupture du lien avec le/la patient·e** par défaut de compréhension et/ou de communication. Ce qui se traduit soit par une relation thérapeutique qui se poursuit mais qui ne donne pas satisfaction soit par un changement de médecin traitant·e. Ici encore, le **champ lexical de la guerre et du combat** (expressions soulignées ci-dessous) apparaît.

M1 (l.219) « on a jamais été en confrontation hein, mais quelques mois après il est parti »

M2 (l.80) « façon il y a ceux qui ne vous feront jamais confiance, ceux là ils viennent plus vous voir »

(l.224) « Il faut être diplomate pour éviter des guerres. »

M4 (l.100) « c’est le cas de patients qui sont suivis par d’autres collègues et quand on finit par les voir on pense des choses et on finit par ne plus les dire et ça c’est quand il y a eu vraiment conflit. »

(l.106) « Ce sont des situations, parfois dans un cabinet on tombe sur des gens avec qui tout est facile et avec d’autres tout est compliqué et puis ils trouvent affinité avec d’autres personnes. Les gens vont voir ailleurs, si ils peuvent. »

M5 (l.76) « les conséquences là-dessus ce sont des comportements d’évitement qui sont très lourds »

M7 (I.81) « si ça va trop loin et s'ils ne sont pas satisfaits il y a rupture de contrat, »

(I.83) « si on me demande des choses qui ne sont pas en rapport avec ce que je veux bien donner je coupe la relation »

« Profil » de ces médecins :

Il est intéressant de constater que, parmi les médecins interrogé·e·s dans notre étude, les plus confrontant·e·s et véhément·e·s face aux patient·e·s emprunt·e·s de croyances avaient un profil de professionnel·le travaillant ou ayant travaillé en milieu hospitalier et plus précisément dans des services d'urgence ou de réanimation. Comme si leur quotidien hospitalier les ramenait à une autre réalité, plus « pratico pratique », car ils disposeraient de moins de temps pour prendre en charge un·e patient·e et qu'ils/elles n'effectueraient pas un suivi au long cours de ces dernier·e·s. En réaction ils seraient donc moins dans la discussion mais plus dans l'action.

Par ailleurs, il s'agissait de médecins se décrivant comme très cartésien·ne·s et n'ayant pas de croyances. Ils/Elles prônaient les recommandations et un cadre médical strict et avaient tendance par moments à en jouer. En effet, nous avons pu constater que ces médecins avaient une conscience aiguë du pouvoir médical et qu'il leur arrivait parfois de s'en servir à l'image d'un des médecins interrogé qui pouvait être comparé à un « charmeur de serpent ». Ce dernier décrit la stratégie de rentrer dans le « jeu » des croyances du/de la patient·e pour pouvoir obtenir sa confiance et, par la suite, mieux le/la faire changer d'avis au moment opportun.

Ces praticien·ne·s là, par leurs attitudes, induisent et sélectionnent une patientèle peu emprunte aux croyances ou aux même qu'eux/elles.

- c) Stratégie d'écoute, d'autonomisation du/de la patient·e et d'exploration de ces croyances se rapprochant du modèle dit de « négociation ».

Le **respect et l'ouverture** vis-à-vis des croyances des patient·e·s est l'attitude première comme **respect de l'entité humaine et des croyances** de tout un chacun. Les interrogé·e·s s'expriment ici quasiment en dehors de leur rôle de médecin mais plutôt **en tant que citoyen·ne**.

M1 : (I.83) « mais autrement non moi je suis assez ouvert donc au contraire je veux dire »

(I.198) « pour moi chacun à le droit de croire, tant que je veux dire, que ça entraîne pas un retard dans les diagnostics ça me dérange pas du tout, voilà. »

(I.167) « je vais pas les engueuler leur dire non non c'est faux c'est pas possible »

M2 : (I.105) « Moi je cherche pas à leur dire c'est de la connerie c'est du délire.»

(I.228) « sans forcément porter de jugement »

M3 : (I.381) « que je les respecte même si je peux être critique de certaines croyances mais tout en étant dans le respect même si après je peux avoir mon opinion. »

M4 : (I.79) « Et sans émettre forcément de regard du côté du patient qui se retrouve dans une anxiété du quotidien par rapport à des pathologies »

(I.135) « donc s'il veut aller voir un rebouteux ou un magnétiseur ben c'est super, conjointement à notre traitement et je le dis souvent à mes patients qu'il y a aucun problème »

M5 : (I.75) « Quelle en est l'étiologie, je ne suis pas juge là-dessus, du tout. »

M8 : (I.50) « Jamais de jugement »

(I.61) « En général déjà je remercie le patient de pouvoir s'ouvrir et d'en avoir parlé pour que je puisse être au courant »

(I.127) « faut pas oublier que chacun a son individualité propre et qu'on n'est pas les meilleurs bien-pensants et que oui les gens peuvent faire des choix à leur niveau, comme ils l'entendent et qu'on n'est pas une autorité... »

(I.137) « j'ai l'impression en tout cas que je reçois une personne comme elle est dans son entièreté et sans jugement et en essayant de faire les propositions en accord... »

Comme dans les consultations « habituelles » l'objectif premier concernant le/la patient-e est un **mieux-être, un soulagement, une guérison, une rémission**. Les croyances ne semblent pas modifier cet objectif.

M1 (I.269) « moi c'est le résultat que je veux, le résultat c'est qu'il va bien, ça me suffit. »

M2 (I.76) « Mon but il est le même que chaque médecin, on va essayer de soigner. »

M5 (I.130) « Pour l'écoute et pour comprendre comment ils fonctionnent, qu'est-ce qui leur fera du bien »

(I.156) « en tout cas la personne en question était extrêmement contente de cette démarche et je suis absolument persuadée que ça va lui faire du bien alors croyance pas croyance, c'est le résultat qui compte, le bien être, l'équilibre, »

(I.161) « Effet placebo ou pas, je m'en fous en fait, l'idée c'est que ça marche, enfin que les gens soient bien, »

M7 (I.57) « c'est la prise en charge du patient pour son bien »

Autre but pour le/la médecin, **préservé ou redonné l'autonomie au/à la malade.**

La sensation globale est que les croyances des patient·e·s leur apportent une plus grande autonomie dans la relation soigné·e/soignant·e. dans le sens où c'est un moyen d'agir pour sa santé via d'autres thérapeutiques par exemple.

M4 (l.71) « que ce soit un peu le patient qui finisse par décider à accepter une thérapeutique que ce soit un vaccin, une statine etc.. »

M5 (l.192) « C'est de là que je trouve absolument indispensable ce...cette relation d'individu à individu qui permet de décrypter les choses, pour pouvoir les aider à eux même savoir où ils sont par rapport à ça »

(l.194) « est ce que ça marche aujourd'hui est ce qu'ils y croient aujourd'hui est ce qu'ils ont suffisamment de recul pour pouvoir revenir dessus ou non »

M8 (l.44) « je me dis que quand la démarche elle vient du patient déjà c'est une façon de s'occuper de soi »

(l.46) « ça doit quand même générer au niveau du patient et du bien-être quelque chose en plus et c'est sa manière alors de prendre part et de ne pas subir, d'être acteur plus. »

(l.75) « c'est pas toi qui est concerné au départ donc c'est quand même le patient qui est à même de prendre les choses en mains sur certaines...»

« Profil » de ces médecins :

La plupart des médecins exprimant ces réactions étaient des praticien·ne·s curieux des thérapies « complémentaires » ou parfois même qui en pratiquaient telles que l'homéopathie ou l'ostéopathie. Ils/elles exprimaient le fait d'avoir des croyances personnelles et que cela faisait partie intégrante de leur vie en générale.

Ils/Elles avaient comme objectif le bien être du/de la patient·e avant tout et, de ce fait, étaient prêt·e·s à consacrer plus de temps pour ces consultations...Quand ils/elles n'étaient pas épuisé·e·s. Ces médecins s'accordaient globalement à dire qu'il fallait comme objectif premier être une écoute bienveillante et un « garde-fou » de la santé de ces patient·e·s. Ils/elles avaient tendance à faire parler davantage leurs patient·e·s de ces sujets de croyances.

6) Comment les médecins parviennent-ils/elles à composer avec ces croyances ?

Les médecins interrogé·e·s effectuent des concessions vis-à-vis de leurs propres croyances et s'inscrivent ainsi dans une volonté globale d'adaptation vis-à-vis du/de la patient·e. Il est intéressant de noter le caractère injonctif chez certain·e·s médecins, comme si, finalement, il s'agissait de la seule façon de préserver un lien avec ces patient·e·s

M2 (I.43) « on peut pas avoir le même discours avec lambda et alpha, faut s'adapter, c'est un travail très intéressant. »

(l.75) « moi il faut que je m'adapte en fait dans ma prise en charge, en fonction de la personne qui est devant moi. »

(l.98) « Donc tous ces patients là il faut à chaque fois s'adapter »

M3 (l.58) « De respecter ça parce que maintenant je le respecte » (l.74) « non maintenant c'est plus que je me suis adaptée »

M4 (l.70) « attitude de prudence et...un peu adaptée aux différentes situations sans forcément forcer »

(l.118) « Tu t'adaptes »

M8 (l.137) « j'ai l'impression en tout cas que je reçois une personne comme elle est dans son entièreté et sans jugement et en essayant de faire les propositions en accord... »

M10 (l.12) « c'est d'essayer de composer avec les envies de chacun. »

Cette adaptation **se concrétise en pratique** par une **tentative d'écoute des patient·e-s**, une écoute humble et nécessaire à la relation médecin-patient-e.

M2 (l.67) « ne pas chercher à se heurter avec les gens, communiquer, garder le contact. »

M3 (l.148) « j'étais assez à l'écoute »

M8 (l.50) « Ben moi je suis dans l'écoute à ce moment là c'est moi qui écoute le plus. »

M9 (l.29) « j'écoute, j'impose jamais. »

Sans prise de partie vis-à-vis de leurs croyances.

M4 (l.60) « Je ne cherche pas forcément à les explorer. Parce que..ben des fois je cherche à comprendre mais je le fais de moins en moins »

M5 (I.92) « Alors après tout le contexte à savoir quelle est la partie psychologique, physique, physiopathologique, je peux pas le dire, je suis juste capable de dire qu'il faut que je les écoute, voilà »

Afin de préserver leur intégrité et leur vision les médecins **ont tendance à expliquer, à suggérer, à proposer** sans jamais forcer les patient·e·s à adopter leur vision de telle ou telle situation.

M3 (I.33) « j'essaye plutôt de les rassurer et de leur expliquer »

M6 (I.40) « Après à chaque fois que je revois la personne j'essaye d'en reparler, de redonner des arguments etc.. »

M8 (I.139) « j'ai l'impression en tout cas de toujours faire des propositions et de ne pas imposer »

(I.143) « Donc d'être plutôt à côté mais pas se mettre à la place. »

M9 (I.20) « Je les force pas. Moi j'explique. »

(I.30) « J'explique et ma parole les convainc en général. »

M10 (I.15) « Je vais plutôt inciter à... »

(I.57) « On est là pour conseiller »

Les médecins interrogé·e·s rapportent finalement la volonté, au fur et à mesure de la relation avec leur patient·e, de **leur accorder plus de temps lorsqu'ils/elles se retrouvent dans ce type de problématique**. Il existe alors une réelle prise de conscience de l'importance de la communication comme axe central de la prise en charge.

M3 (I.63) « Oui parce que maintenant j'explique différemment et je prends beaucoup plus de temps pour l'expliquer »

M5 (I.48) « J'essaye, je me revois en train de lui dire gentiment que peut être que le prélèvement il est utile »

M8 (I.95) « on passe par une consultation un peu classique en parlant de la vaccination mais y a quand même aussi d'autres choses à faire et à se mettre en relation et éventuellement voilà d'essayer de créer un lien de confiance sur autre chose pour que si on puisse ré aborder le sujet des vaccins ce soit l'objet d'une autre consultation ou amener les choses tranquillement. »

M10 (I.72) « c'est pour ça que j'ai tendance à le répéter au fur et à mesure des consultations. »

A noter également, **la volonté de faire un pas vers les médecines complémentaires** qui cristallisent beaucoup des croyances de leurs patient·e·s. Comme si les médecins acceptaient de concéder une partie des croyances des patient·e·s.

M1 (I.70) « sur même des trucs bêtes, quand on est rempli de verrues, je leur dis « n'hésitez pas si vous connaissez quelqu'un qui magnétise, n'hésitez pas à amener votre gamin , on sait jamais si ça peut marcher, c'est mieux que de les cramer une par une ».

(I.127) « je défends pas l'homéopathie mais je dis pourquoi pas essayer une fois »

M2 (I.211) « oui pourquoi pas votre ostéopathe mais là ceci dit il y a les 3 derniers orteils qui ne bougent plus, il va peut-être falloir faire autre chose, arriver à les aborder comme ça. »

Un épiphénomène a été rapporté en parallèle par les praticien·ne·s de notre étude.

Celui d'une **adaptation et d'une « sélection » plus ou moins « naturelle » de leur patientèle.**

En effet, si les patient·e·s ont des convictions, des croyances ou des représentations qui sont trop éloignées de celles du/de la médecin alors ils ne se dirigeront sans doute pas vers ce/cette soignant·e mais plutôt vers quelqu'un·e d'autre. Ce choix est fait soit par les patient·e·s initialement soit par les médecins qui redirigent les patient·e·s secondairement vers un/une confrère/consœur dans les cas extrêmes.

M1 (I.45) « donc des fois je les renvoie sur G. lui au moins il est...parce que moi je peux bien vous mettre quelque chose mais j'y connais rien donc ce serait malhonnête »

M2 (I.203) « Le truc qui se passe aussi, dans un village, c'est que les gens ils vous connaissent plutôt bien donc quand ils veulent partir dans leur délire sachant que vous n'êtes pas là-dedans, ils viennent pas vous voir. »

(I.207) « Eux aussi ils modulent en fonction de ce qu'ils connaissent de nous, ça va dans les deux sens »

M10 (I.35) « elle est soignée par un autre médecin pour sa maladie de Lyme »

(I.48) « Après je dis..je délègue quoi, je dis d'aller voir un confrère si vous voulez d'autres réponses. »

Par ailleurs, **les patient·e·s s'adaptent également de leur côté en évitant de parler de leurs croyances** à un/une médecin qui serait jugé·e réfractaire mais ira consulter quelqu'un d'autre pour parler de cela.

M6 (I.53) « Mais j'ai jamais perdu de patient parce que du coup, je repense à cette fameuse patiente, elle m'a dit « je viendrais vous voir mais pour autre chose, on parlera plus des vaccins. ».

M9 (l.54) « » mais en général ils font la part des choses...ou bien ils m'en parlent pas. »

Enfin, une dernière « stratégie » pour composer avec ces croyances est celle de **l'évitement**.

En effet, M1 a tendance, pour préserver la relation avec ses patient·e-s, à éviter le sujet des croyances lorsque ces dernières paraissent trop « opposantes » à son discours.

M1 (l.149) « donc on fait un certificat bête et méchant comme on fait un certificat coup et blessures, on décrit que voilà la personne dit que après je prends pas partie parce que j'ai aucune...je me mets neutre dans cette histoire-là, je me mets complètement neutre. »

(l.159) « je vais pas les encourager mais je vais pas les décourager non plus...je vais pas dans leur sens. »

7) Les apports de l'intégration des croyances à la relation thérapeutique

Les croyances des patients s'avèrent **riches et intéressantes** pour certain·e-s médecins de notre étude. Elles apportent indéniablement une **aide**.

M1 (l.76) « Non non c'est pas un blocage ça peut être une aide, c'est une aide »

M2 (l.85) « Enrichissante. »

M3 (l.103) « pour moi c'est important ça peut apporter vraiment beaucoup de choses »

(l.291) « C'est intéressant »

M4 (l.156) « il faut s'intéresser aux bornes de la médecine, aux médecines alternatives pour englober un peu les patients et je pense qu'ils en ont besoin »

M8 (I.144) « je dirais plus élargir leurs possibilités de soin »

Elle peut également s'avérer être une **voie d'exploration des confins de la relation médicale**.

M2 (I.98) « C'est plus difficile ce côté-là mais plus enrichissant. On ne se lasse pas en fait. »

Les croyances des patient·e·s permettent d'accéder à une **offre de soins plus vaste**. Même pour M1 se décrivant lui-même comme très « cartésien ».

M1 (I.102) « nourrisson j'envoie souvent au moins souvent pour une séance d'ostéopathie, même si ça n'a jamais été prouvé on n'a jamais fait d'étude là-dessus, ça n'a jamais été clair, comme l'homéopathie »

(I.123) « après je vois pas pourquoi on ne pourrait pas céder à d'autres pratiques même si elles n'ont pas été reconnues, »

(I.138) « enfin moi c'est surtout là-dessus, en général les coliques c'est de la douleur, le zona, c'est toujours la douleur, c'est plus là-dessus où on a du mal et on veut avoir un confort maximum pour le patient donc c'est vrai que...voilà...ça peut être dans ce sens-là. »

(I.288) « Mais alors maintenant oui effectivement je travaille beaucoup avec les ostéopathes, beaucoup plus que quand je suis arrivé que j'étais jeune médecin. »

Certain·e·s médecins exprimaient même la **nécessaire collaboration avec des thérapeutes complémentaires**, dans un but d'ouverture et de prise en charge globale et intégrative.

M4 (I.9) « on essaye de travailler de pair et on essayer de se poser des questions les uns les autres pour se stimuler »

(I.138) « voilà dans tous les sens et qu'on devrait tous travailler plutôt de façon conjointe alors que les gens ont une grande réticence de base, ils mettent une barrière parce que le médical c'est la médecine occidentale c'est ce que ça représente ouais...il faut créer des ponts je pense »

M5 (I.141) « Non c'est un sujet intéressant. L'alliance des thérapeutiques. »

A noter une **évolution de la pratique professionnelle** de certains médecins dans le temps avec, initialement une pratique très cadrée, limitée au champ du parcours scolaire scientifique qui évolue au fur et à mesure vers une liberté et une prise d'initiative pour explorer d'autres champs de la médecine.

M4 (I.153) « après avoir passé ce bagage médical on s'intéresse à autre chose...et donc on s'intéresse au psychologique, au corps en lui-même, à l'anatomie, la médecine manuelle, aux énergies -il rit- on se rend compte qu'en fait y a plein de maux et plein de symptômes qui sont pas soulagés par la science, par la médecine traditionnelle et que du coup il faut s'intéresser aux bornes de la médecine, aux médecines alternatives »

(I.158) « oui mes croyances elles étaient plus cartésiennes et le curseur s'est vachement déplacé oui..je me mets à faire un peu d'ostéopathie tissulaire et je ne cherche pas à faire quelque chose à tout prix, j'écoute en fait»

(I.164) « c'est intéressant d'arriver à soulager des maux comme un rebouteux rien qu'en ayant un contact déjà, ça passe par tout le contact, verbal, le toucher, l'examen, la manipulation, prendre son temps »

(I.166) « Donc ça change pas mal, ce que je découvre au fur et à mesure de mes rencontres avec d'autres gens, ce qu'on écoute, les gens, certaines personnes qui avaient des symptômes pendant des années et qui ont trouvé une solution par un chemin détourné... »

(I.175) « à côté de ça parfois on a l'impression que le chemin est beaucoup plus rapide autrement -il rit- que par le côté rationnel des choses, par la démarche de la médecine traditionnelle. »

(I.177) « Donc oui on découvre plein de choses, de toute façon on est un peu au début d'un long cheminement intérieur et qu'il y a plein de choses qu'on modifiera y a plein de choses que je modifie déjà dans ma pratique. »

M5 (I.102) « Alors l'homéopathie n'est pas une croyance c'est une science ou une technique qui est de base empirique. »

(I.133) « Je pense que ma pratique a énormément évolué à ce sujet-là. »

(I.181) « Pour moi c'est pas une croyance, c'est ce qu'ont étudié d'autres, ils ont fait un sacré boulot, des fois ça marche, des fois ça marche pas, c'est pas une croyance, c'est une constatation, c'est empirique, »

M10 (I.95) « moi personnellement je fais un peu d'homéopathie aussi donc ça aussi c'est une croyance qui peut être critiquable (il rit) et je me pose moi-même la question depuis que j'ai fait la formation, est ce que c'est efficace ou pas..je pense que j'y crois un petit peu »

(I.99) « En homéopathie même pendant la formation t'avais des spécialistes qui utilisent de l'homéopathie et le discours c'était « à mon sens ça apporte plus » t'avais l'impression que c'était un empirisme total qui pouvait amener quelque chose, ça peut amener du bien, ça aussi c'est une super croyance. Celle-là peut être utile du coup. »

Être confronté·e à la différence culturelle ou sociale mène à un **auto-questionnement** des médecins.

M2 (I.88) « Par contre, se poser des questions sur ses qualités et ses défauts, oui. Il faut le faire aussi parce que ça entraîne en fait. C'est pas pour ça qu'on y arrive, on peut s'analyser sans pouvoir corriger. »

M3 (I.390) « nos croyances ou les autres ça nous permet de nous questionner sur notre pratique. »`

Et plus spécifiquement à **la remise en question du savoir dogmatique** appris et le développement d'un **esprit critique** vis-à-vis des croyances des médecins.

M3 (I.323) « parfois je vois que je suis pas en accord avec les recommandations. »

(I.341) « Et nan moi mes croyances, j'en ai plein mais te dire là comme ça j'ai du mal. Et forcément ça influence un peu ma pratique parce que je vais peut-être moins avoir une force de persuasion pour parler d'un truc où moi j'y crois pas. »

M10 (I.80) « Donc maintenant j'ai pris l'habitude d'être moins à fond sur les nouveautés, me dire que je vais attendre un peu de voir ce qui se passe. J'ai connu la fin du médiateur. »

(I.84) « quand on débute on est sûrs qu'on peut balancer tout ce qu'on veut parce qu'on est appuyés sur des connaissances certaines et puis au fur et à mesure des années tu te dis que c'est peut être pas si bien. »

(I.89) « La médecine basée sur les preuves...on revient sur les prescriptions de statines, y a 25 ans c'était tout le temps et pour tout le monde, aujourd'hui on est plus frileux. Alors on est basé sur des recommandations avec des études énormes, y a du vrai mais il faut savoir que

l'ARS...les autorités de santé demandent aux labos de prouver l'efficacité ou la supériorité du médicament alors que c'est ceux qui fabriquent le médicament qui fournissent les preuves... »

Ces résultats laissent donc entrevoir les **croyances** des patient·e·s comme un **troisième personnage dérangeant** par son caractère **pléomorphe** et par sa capacité à **remettre en cause** la « **toute puissance** » **du statut du/de la médecin** . Ce personnage force à **l'adaptation** et à la **considération** étant donné les **enjeux d'adhésion au projet thérapeutique et/ou préventif** . Cette prise en compte s'effectue dans un **cadre médical** minimum avec, tout de même en parallèle de l'écoute, la **volonté fréquente de convaincre les patient·e·s de la pertinence de l'EBM** .

Discussion

1) Faiblesses de l'étude

Biais de volontariat

Les caractéristiques des médecins qui se proposent spontanément peuvent être différentes de celles des médecins qui décident de ne pas y participer. Il est probable que les participant·e·s aient été plus sensibles au sujet.

Biais de sélection

Un autre biais majeur est le fait d'avoir inclus uniquement des médecins exerçant en ruralité du fait de ma propre pratique rurale. Or les croyances ne sont pas l'apanage des campagnes.

Biais d'interprétation

L'analyse des entretiens dépendent de la subjectivité de la chercheuse. Un double codage et une triangulation des données a été effectuée sur certains entretiens afin de limiter ce biais.

Biais d'analyse

Le biais d'analyse a été limité grâce à la double analyse réalisée par la chercheuse et la directrice de thèse.

Un journal de bord et l'exposition du traitement des résultats aurait pu aider à limiter encore plus de biais.

Durée des entretiens

La moyenne de durée des entretiens est assez courte. Ceci s'explique par le fait qu'en pratique, les médecins « cartésien·ne·s » avaient des réponses brèves et rapides aux questions et développaient peu la discussion malgré les tentatives de relance. Cela peut s'expliquer par

un « investissement » émotionnel moindre par rapport aux autres médecins ou par une certaine pudeur à parler de ces sujets-là. Nous aurions éventuellement pu essayer de mettre plus en confiance les praticien-ne-s ou de trouver d'autres questions de relance plus appropriées pour développer la discussion.

2) Des croyances polymorphes et largement présentes

a) Représentation/définition de la croyance

Il a été constaté à travers cette étude que le concept de croyance ou de représentation est quelque chose de difficile à définir de la part des médecins, comme s'il s'agissait de quelque chose d'inconnu. La majorité des personnes interrogées marquait un temps d'attente avant de répondre, reformulait la question ou en posait une autre en retour. Nous avons tendance à expliquer cette réaction par l'évolution de la médecine qui, petit à petit, s'est affranchie de la magie et de la religion.

Hippocrate commença à rompre avec le divin, en rejetant les superstitions qui attribuaient les maladies à des causes surnaturelles, à un ordre moral. Cette rupture va permettre l'établissement d'un savoir, non plus empirique, mais scientifique, basé sur une étude rationnelle d'observation du corps, de la maladie et du malade (25).

Cette mise à distance des croyances non scientifiques va bien entendu s'opérer et se poursuivre de manière lente et progressive, pour s'accélérer au XIXe siècle.

Ceci explique probablement notre éloignement et donc les difficultés des médecins interrogé-e-s à parler des croyances.

Cependant, par la suite, les médecins interviewé·e·s ont pu rapprocher différents thèmes au terme de croyance :

Il a souvent été évoqué quelque chose de mystique ou d'irrationnel. L'ethnologie et l'histoire nous informent de l'existence de multiples figures culturelles du/de la thérapeute, du/de la sorcier·e en passant par le/la chaman·e ou bien encore le/la guérisseur·e.

Au cours de l'histoire, la maladie a été attribuée à la sorcellerie, aux démons, aux influences astrales contraires, à la volonté des dieux, ainsi qu'à d'autres croyances païennes. Nous retrouvons ces mêmes références dans le travail réalisé à la Réunion : « La plupart des patients évoquaient des croyances sur l'étiologie de leurs maux imprégnées d'esprit, de sort ou de surnaturel » (13).

La notion d'héritage culturel est également présente dans le discours des interrogé·e·s. Tylor est un des premiers à la définir en 1871, comme étant « l'ensemble complexe incluant les savoirs, les croyances, les arts, la morale, les lois, les coutumes, ainsi que les autres capacités et habitudes acquises par l'Homme en tant que membre d'une société » (26).

La culture humaine est faite de systèmes de pensées selon lesquels nous agissons sur la réalité et permet l'intégration de l'ensemble de l'expérience vécue par un individu : selon M.R Moro et Baubet, elle « met à disposition de l'individu une grille de lecture du monde qui lui permet d'anticiper le sens de ce qui peut survenir et donc de maîtriser la violence de l'imprévu ». Elle dynamise les conduites de l'homme et lui permet de résister à certaines angoisses. Ceci est traduit dans notre étude par les médecins interrogé·e·s. En effet, ceux/celles-ci formulaient ces croyances comme un mécanisme psychologique développé par les êtres humains pour faire face aux difficultés.

b) Les thèmes des croyances des patient·e·s

Les thèmes des croyances des patient·e·s différaient de ceux prédominant dans l'étude réunionnaise de Marylène Lartin-Florestan qui étaient plutôt basés autour de pathologies minimes, de la petite enfance et de l'allaitement (13).

Ils étaient pléomorphes et parmi eux figuraient :

La médecine :

Nous avons constaté une grande défiance vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique et des vaccins. A l'heure actuelle et depuis une décennie il s'est développé énormément de croyances autour des vaccins. Pour preuve une étude mondiale réalisée en septembre qui démontrait que 45,5% des Français considéraient que les vaccins ne sont pas sûrs (27).

Par ailleurs les affaires Mediator[®], Levothyrox[®] etc. ont également pu créer une méfiance de la population envers les médicaments en général.

Un autre exemple est celui des oxyuroses qui cristallise une multitude de croyances populaires notamment en Bretagne (5).

Enfin la maladie de Lyme semble s'entourer également d'un certain nombre de croyances étant donné les difficultés de prise en charge que ressentent certain·e·s patient·e·s. Les croyances autour de la maladie de Lyme ont émergé des brèches qu'ont constitué les incertitudes ou l'absence de consensus autour de cette maladie, de son diagnostic et de son traitement. Par ailleurs, comme l'explique Suzy Ohresser dans sa thèse explorant la maladie de Lyme dans les médias en France : « La teneur globale de l'information médiatique sur la maladie de Lyme participe à une perturbation de la relation médecin-malade qui va se

ressentir dans les consultations, notamment en médecine générale. » (28). Ces perturbations s'expliquent par le fait que les patient·e·s subissent l'extension de la peur de la maladie et expriment aussi une plus grande méfiance à l'égard du corps médical. Tout cela étant alimenté par les médias.

Les Médecines Non Conventionnelles (MNC) :

Les médecines non conventionnelles sont un des thèmes les plus souvent rapportés par les médecins interrogé·e·s lorsque nous les questionnons. Le parallèle entre MNC et croyances est facilement établi étant donné la place que ces premières accordent à l'écoute et au respect du/de la patient·e. De nombreuses études ont montré le tropisme des patient·e·s pour les médecines non conventionnelles.

Parmi elles, celle de Guillaume Couetil qui a étudié les raisons du recours aux guérisseurs en Bretagne (29).

Les raisons sont diverses. Certains patient·e·s vont y chercher une prise en charge personnalisée, globale et adaptée à leurs besoins.

D'autres y trouvent d'autres modèles explicatifs qui sont souvent sources d'apaisement et de rassurance pour le/la patient·e là où les explications scientifiques (biomédicales, statistiques, génétiques, psychologiques) ne répondent pas de façon satisfaisante à toutes les questions que se posent l'individu confronté à la maladie.

À la question « Pourquoi la médecine conventionnelle ne suffit pas ? » il est mis en avance plusieurs réponses.

D'un point de vue somatique, il s'agirait d'une part de l'absence de soulagement des symptômes par la médecine dite « classique ». C'est notamment le cas des douleurs

chroniques. D'autre part il est question de l'échec de la médecine conventionnelle à prendre en charge les troubles fonctionnels et psychosomatiques par manque d'explications et/ou de diagnostic à fournir aux patient·e·s vis-à-vis de leur affection.

D'un point de vue de la relation médecin/malade, il est mis en évidence un manque de communication des médecins ou des difficultés de compréhension du vocabulaire médical ce qui peut occasionner une perte de confiance et des angoisses chez les patient·e·s. La relation médecin/malade peut être rendue inégalitaire par l'existence, parfois, d'un fossé culturel et sociologique entre le/la médecin et ses patient·e·s.

L'approche trop « organo-centrée » de la médecine moderne avec les multiples spécialités qu'elle comporte peut donner l'impression aux patient·e·s de manquer d'empathie dans cette sensation d'hyper spécialisation et d'hyper technicité.

Par ailleurs, en des termes purement pratiques, la médecine conventionnelle fait défaut de par ses délais de rendez-vous qui peuvent parfois être très longs mais également par un temps de consultation trop faible avec des rendez-vous jugés trop courts par les patient·e·s.

Enfin, comme nous l'avons vu précédemment, la médecine moderne est, pour beaucoup, affiliée à l'industrie pharmaceutique et les patient·e·s peuvent être gênés par ces potentiels liens d'intérêts.

Francois Laplantine nous explique que, dans une société devenue une société de la médiation instrumentale, la nature exerce, à partir des années 1965, une véritable fascination pour tou·te·s ceux/celles qui se reconnaissent dans la sensibilité d'une contre-culture, voire d'une anti-culture en gestation (30).

L'idée que tout ce qui vient de la nature est bénéfique pour l'homme (la natura medicatrix de la médecine hippocratique) est une croyance très répandue chez les patient·e·s et véhiculée par de nombreuses médecines alternatives. Par moment ces croyances peuvent cliver la

médecine en deux pôles : l'un interventionniste avec la médecine allopathique qui viendrait s'opposer à l'autre représenté par la sagesse de la nature.

La médecine conventionnelle, du moins dans sa tendance dominante, peut être qualifiée de médecine contre nature en ce sens que le/la thérapeute ne fait nullement confiance à la nature, mais cherche à se substituer à elle, par une médication résolument allopathique ciblée sur l'agent responsable.

A l'inverse, l'attitude la plus caractéristique des médecines alternatives consiste, à faire confiance à la « nature », ou à l'instinct, c'est-à-dire aux réactions de l'organisme, en lui apportant du renfort, en le stimulant, en l'aidant à mieux se défendre par des régimes alimentaires équilibrés ou une action de régulation du système nerveux ou hormonal.

Dans ce thème de la « nature » comme élément de notre santé il est, par exemple, de plus en plus question de l'environnement comme responsable de maux émergents. L'exemple principal actuel étant celui des ondes avec la recherche de zones blanches, isolées, permettant aux personnes vulnérables de se soustraire à cette exposition qui leur porte préjudice. Avant cela, les pesticides ont été mis en cause avec par la suite de nombreuses études prouvant l'impact de ces produits sur notre santé et le développement de l'agriculture biologique.

En ce sens, les croyances populaires peuvent jouer un rôle « précurseur » en soulevant des questions autour d'un certain nombre de dangers environnementaux mais elles sont surtout illustratrices des « manques » de la médecine conventionnelle et de la politique. La médecine parce qu'elle ne sait pas dire qu'elle sait aussi s'ajuster à un·e patient·e en particulier, et la politique parce que pour des raisons économiques il est accepté d'exposer la population à des risques agro-alimentaires et environnementaux.

Les « dogmes »

Il nous a été rapporté par les médecins de notre étude l'existence de « dogmes » établis dont les patient·e·s se servent pour se rassurer. Par moment, cela peut donner l'impression aux médecins que leur patient·e est enfermé·e dans un personnage tellement ils/elles adhèrent à ces croyances et dogmes et qu'ils/elles en seraient en quelque sorte prisonnier·e·s.

L'existence de ces dogmes se vérifie à l'heure actuelle concernant la pandémie de Covid-19 et peut s'expliquer par le caractère imprévisible et inexplicable de la situation. Cette incertitude favorisant la naissance de théories et dogmes en tout genre et aussi la défiance vis-à-vis des services politiques et sanitaires que cela implique.

En effet, il est beaucoup question d'une remise en cause du savoir scientifique face à ce virus qui paraît nous dépasser. Or, l'émergence des croyances, de dogmes portés par des « gourous » fait justement écho à ces peurs et ces incompréhensions. Comme l'écrit François-Bernard Huyghe, « tout vide appelle son plein de croyances de substitution » (31). La brèche dans la crédibilité de l'autorité scientifique s'est ouverte dès le printemps dernier avec le professeur Raoult, à l'occasion de la controverse autour du traitement qu'il proposait. Nous avons remarqué à quel point l'influence passait désormais par l'expression directe sur internet, notamment par des vidéos ou par la présence sur les plateaux des chaînes d'information. Il en va de même avec le concept de Big Pharma et le documentaire Hold Up qui permettrait de rendre clair et limpide l'origine d'une pandémie mondiale dévastatrice (32). A l'heure actuelle, les dogmes dont ont besoin certaines personnes répondent à une nécessaire cohérence dans des explications concernant des événements angoissants.

La religion

Le thème des croyances religieuses représente un thème mineur dans notre étude alors qu'à la Réunion ce type de croyance semblait être omniprésent, comme le résume ainsi Marylène Lartin-Florestan dans sa thèse : « L'impact des croyances religieuses était indéniable dans tout ce qui a trait à la maladie. D'après les médecins, le poids de la religion était tel que les patient·e·s avaient la crainte d'une influence divine sur l'apparition de la maladie. Ils s'en prémunissaient en effectuant des « rituels » à visée protectrice. » (13). La faible prégnance de la religion au sein de notre étude qui se déroule en France Métropolitaine s'explique sans doute par le fait que nous sommes dans une société plus « laïque » que dans les DOM-TOM.

c) La place des croyances en consultation

Comparativement au travail de thèse de Marylène Lartin-Florestan, les croyances des patient·e·s en milieu rural et en France métropolitaine semblent être moins facilement identifiables au sein des consultations mais tout de même omniprésentes de par leur caractère pléomorphe.

Dans son travail sur l'île de la Réunion il était mis en évidence une pénétrance des croyances à plusieurs niveaux : l'anamnèse, le diagnostic, la thérapeutique et l'observance ce qui semble être moins le cas dans notre étude (13).

Nous constatons dans notre travail deux cas de figure, d'une part les médecins qui ont tendance à sous-estimer la présence et l'influence des croyances de leurs patient·e·s au sein de la consultation et qui estiment eux/elles-mêmes avoir peu de croyances.

Et, d'autre part, les médecins pour lequel-le-s les croyances sont omniprésentes que ce soit au sein de leurs consultations mais aussi dans leur vie.

Cette différence-là semble donc être corrélée à la question de la sensibilité aux croyances. Les personnes y étant sensibles ou averties verront donc une prégnance des croyances alors que les autres moins. Par ailleurs, il peut paraître volontaire de la part des médecins de ne pas vouloir accorder trop de place à ce troisième personnage qu'est la croyance s'il s'avérait gênant. L'attitude de déni consistant à répondre que les croyances n'occupent donc pas une grande place dans la consultation médicale.

d) Les croyances des médecins

Lorsque nous avons interrogé les praticien-ne-s au sujet de leurs croyances, les thèmes de leurs réponses ont été divers. Parmi ces thèmes figurent :

La religion

Avec l'arrivée de la laïcité au sein de la médecine hospitalo-universitaire il semblerait que la question de la religion soit moins exprimée comme en témoigne notre étude où la croyance religieuse n'a été évoquée que par un seul des médecins interrogé-e-s.

Nous ne retrouvons qu'un seul sondage sur le sujet effectué en ligne en 2016 par le site d'information médicale Medscape (33).

Cette enquête illustre la part des médecins français ayant des croyances religieuses ou spirituelles en 2016, tout âge confondu. Sur 456 médecins volontaires, d'après le sondage,

48% des médecins se sont affirmé·e·s croyant·e·s, 45% affirmait pratiquer ou assister à des services religieux/spirituels.

Les savoirs acquis :

Il s'agit essentiellement de croyance en des savoirs acquis durant les études.

Benoite Denis a effectué une thèse (34) dans laquelle elle démontrait que le/la médecin ne pouvait s'extraire du bain culturel dans lequel il vit, ni s'affranchir de son héritage historique.

Les soignants fonctionnaient avec leurs propres représentations et leurs pratiques étaient influencées par les modes de pensée et les pratiques qui leur avaient été transmis par les générations antérieures.

La médecine hospitalo-universitaire actuelle est en rupture avec le domaine de la croyance. Et pourtant, comme le souligne François Laplantine, elle n'en est pas totalement dépourvue « croire en une médecine scientifique, en un corps humain universel, en un déterminisme biologique seul, n'est-ce pas encore croire ? Le modèle de la science expérimentale n'est-il pas un leurre pour la médecine ? Si la médecine poursuit aujourd'hui une ambition scientifique, elle ne peut se réduire à être une science : son objet d'étude n'est justement pas un objet, mais bien un sujet, constitué d'un corps et d'un esprit mêlés, uniques et donc par essence non universalisables » (30).

Ce qui signifie que nous sommes, en tant que médecins, croyant·e·s d'un certain savoir que l'on nous a transmis comme « vérité ».

L'effet thérapeute ou effet placebo

Par ailleurs, ce dont les médecins interrogé·e·s ont conscience et décrivent sans le nommer réellement est l'équivalent de l'efficacité symbolique. Ce mécanisme est conditionné par le transfert et contre transfert dont Freud a été un fervent défenseur.

Il a été mis en évidence, à travers de nombreuses études de cas que la preuve de la prégnance du transfert dans la relation thérapeutique et de ses effets est loin d'être toujours analysés par les médecins. Balint en conclut que le/la médecin est finalement le/la première et peut-être le plus important des médicaments. Il a permis, après Freud, de rationaliser ce que d'autres se contentent peut-être d'appeler l'effet placebo (ou nocebo : équivalent du transfert négatif).

Il faut bien garder à l'esprit que l'effet placebo n'est pas que celui du médicament prescrit ou injecté, mais il découle également d'une relation interhumaine complexe décrite par Fabrizio Benedetti dans son article paru en Juillet 2013 (35) et recentrant l'effet placebo au sein de la relation médecin-malade. Selon lui, le processus relationnel entre le/la médecin et son/sa patient·e pourrait se diviser en quatre étapes distinctes comme l'illustre la figure 2 :

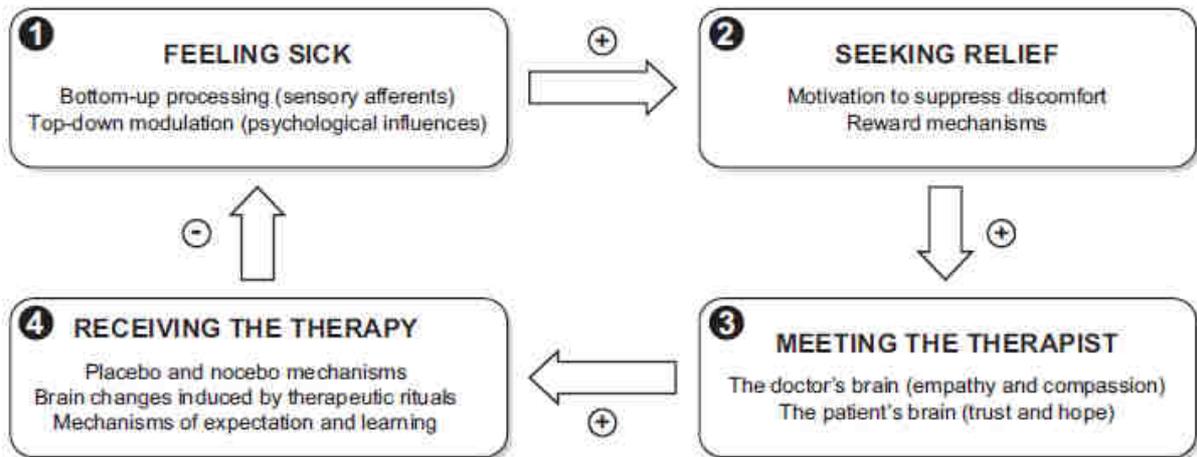


Figure 2 : La relation patient-e/docteur en quatre étapes (35)

1) Se sentir malade

C'est une étape dont la physiologie et la psychologie en sont les pierres angulaires. La personne peut se sentir mal d'un point de vue physique. Les différents organes vont envoyer un signal au cerveau, lui indiquant que quelque chose ne va pas. Le second point de vue est purement psychologique et à l'appréciation de l'individu, ou selon sa personnalité (une mauvaise nouvelle entraînant un certain mal-être et ayant des effets psychosomatiques).

2) Chercher le soulagement

C'est la seconde étape selon Fabrizio Benedetti. Elle passe par un comportement physique et psychologique visant à minimiser l'impact de la maladie. Ces deux premières étapes sont des étapes clés dans la mesure où elles vont déclencher la volonté de l'individu de rechercher un-e thérapeute pouvant soulager ses maux.

3) La rencontre patient-e/thérapeute

C'est une étape importante au sein de laquelle va pouvoir se tisser une relation unique entre

le/la patient·e et le/la thérapeute.

Le/la patient·e, malade, considère le/la professionnel·le de santé comme un outil à part entière. Les croyances, la confiance, l'espoir suscité par cet « outil » ainsi que la compassion et l'empathie qui s'en dégage, sont capable de créer une réaction physiologique unique chez le patient·e, permettant de générer un effet placebo thérapeutique parfois proche du médicament en terme d'efficacité.

4) Recevoir le traitement thérapeutique

La quatrième étape, celle du traitement thérapeutique, est primordiale puisqu'elle permet aussi de potentialiser les effets du traitement par des processus d'attentes et d'apprentissages.

Afin de bien cerner le concept relationnel entre le/la patient·e et son/sa professionnel·le de santé, il est nécessaire de se pencher sur le contexte psychosocial entourant le/la patient·e.

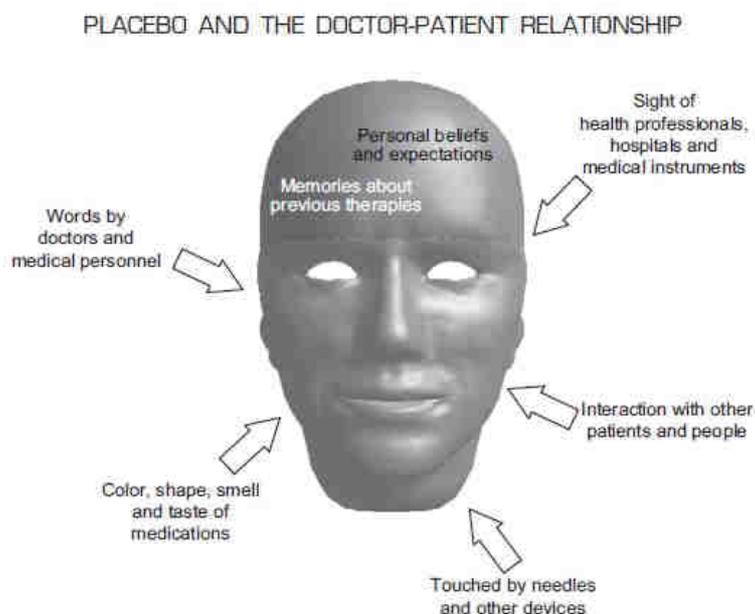


Figure 3: Contexte psychosocial autour du/de la patient·e et de la thérapie (35)

Nous déduisons de la figure 3 que seul un lien étroit patient·e/docteur peut aboutir à un effet placebo optimisé. C'est, en établissant une relation de confiance avec le/la patient·e, en conseillant, prescrivant et administrant un traitement avec conviction et persuasion tout en tenant compte des croyances des un·e·s, des attentes des autres que le/la professionnel·le de santé pourra espérer produire un effet placebo particulièrement important.

Les médecins interrogé·e·s semblent avoir pleinement conscience de cet effet placebo tant ils tiennent à maintenir un lien avec leur patient·e. Cela démontre la volonté implicite de préserver, au moins, cet effet placebo.

Par ailleurs, ce lien thérapeutique peut poser des questions éthiques et notamment dans le cadre de M3 qui décrit une « utilisation » franche de cet effet placebo. En effet, elle décrit une adhésion aux croyances de la patiente en question qui permet donc le maintien d'un effet placebo et, par la suite, de la convaincre plus facilement de son point de vue au moment opportun. Il est ici question d'utiliser la conscience de l'effet placebo pour motiver sa patiente. Cela pose la question éthique d'une possible « manipulation » via l'effet placebo et le lien thérapeutique que nous entretenons avec les patient·e·s.

La question qui est en découle est donc, comment soigner les patient·e·s avec empathie, écoute, bienveillance tout en préservant leur autonomie psychologique ou leur libre arbitre ? Le fait d'être conscient que cet effet placebo exerce un potentiel « pouvoir » sur les patient·e·s est déjà une solution en soi. Peut-être faudrait-il sensibiliser les médecins à cet « effet collatéral » de l'effet placebo de manière à ce que nos attitudes puissent être critiquées et corrigées si tel devait être le cas.

L'instinct

À la question « Avez-vous, vous-même, une certaine forme de croyance ? » un médecin rapporte des sensations qu'il décrivait comme instinctives et inconscientes qui le menaient à une prise en charge.

Le raisonnement médical initialement logique et probabiliste se transforme au fur et à mesure et la réflexion s'automatise. Celle-ci devient rapide et inconsciente et le médecin n'en perçoit plus que des intuitions. Des erreurs sont alors possibles et pourtant le/la médecin peut être capable d'une réflexion, d'un doute, d'une prise de conscience de soi et peut alors décider d'abandonner un mauvais choix pour le/la patient·e.

Ce phénomène, décrit par ce médecin, sans qu'il ne le nomme est ce que les études nomment le « *gut feeling* » ou « l'intuition », qui est en fait, en partie, basée un raisonnement clinique en partie inconscient (36).

Le/la médecin généraliste acquiert au fur et à mesure de sa pratique une certaine expérience qui lui permet par la suite d'être plus prompt à identifier des signes inquiétants ou des modèles déjà rencontrés l'amenant à poser plus rapidement un diagnostic correct. Alors qu'il/elle observe et écoute le/la patient·e, le/la clinicien.ne organise automatiquement les informations reçues en des ensembles qui ressemblent à des modèles mentaux (représentations mentales, *pattern recognition*) précédemment acquis (36). Ces modèles sont donc le fruit de son expérience.

Il est intéressant de constater que les médecins de notre étude amalgamaient ces réactions avec des croyances.

Cet amalgame s'explique peut-être par l'influence du thème de notre thèse. En effet, au fur et à mesure d'un entretien où un/un-e participant-e développe son idée de croyances, la notion d'irrationnel, l'instinct va être plus facilement rapproché d'un phénomène similaire ce qui crée un biais. Alors que si la question de l'instinct est posée de manière isolée les réponses ne seront sans doute pas reliées à une croyance.

De plus, l'amalgame peut également être fait par rapport au côté difficilement définissable de l'instinct et donc catégorisé de ce fait comme étant des croyances. Comme le montre la thèse de Anne-Sophie Thiry, définir l'intuition est source de réelle réflexion et reste un terme flou et peu utilisé par les médecins (36). Son caractère subjectif a été accepté par tou-te-s les participant-e-s. Nous retrouvons les mêmes difficultés de la part des médecins de notre étude.

3) Des ressentis souvent minimisés par les praticien-ne-s

Comme nous l'avons décrit dans nos résultats, les praticien-ne-s interrogé-e-s usent de nombreuses litotes lorsqu'il/elles décrivent leurs ressentis vis-à-vis des croyances de leurs patient-e-s et des situations auxquelles elles conduisent.

Cette minimisation peut s'expliquer de différentes manières.

D'une part il peut s'agir, d'une stratégie mise en place par les médecins pour atténuer les confrontations et les frustrations au niveau de la prise en charge. Comme s'il s'agissait de « s'auto-convaincre » que ce n'était pas « si problématique » et que, de ce fait, il était possible de minimiser les conséquences psychologiques pour les médecins.

Cela pourrait répondre également à une certaine volonté de « garder le contrôle », de ne pas se laisser dépasser par ses émotions et d'affirmer que le/la médecin interrogé-e garde toujours sa « place » en termes de statut.

Enfin, au niveau éthique, leurs hésitations pourraient également provenir de la crainte de juger leurs patient·e·s et donc, de trahir le principe moral du/de la « bon·ne médecin » qui est de savoir tenir compte de l'intégralité du/de la patient·e. Et de se sentir jugé·e·s pour cela.

4) Deux attitudes « type » vis-à-vis de leurs patient·e·s emprunt·e·s de croyances

a) Préserver un lien avec leur patient·e

Tout en assurant un cadre médical minimum et donc en respectant la déontologie, certain·e·s médecins de notre étude avaient comme objectif principal le maintien d'un lien et d'un dialogue avec leurs patient·e·s. Peu importe leurs divergences de points de vue.

Il semblerait, à la lumière de nos résultats, que la préservation d'un lien avec son/sa patient·e passe essentiellement par un maintien du dialogue et d'une communication.

La WONCA Europe, organisation européenne des médecins généralistes, dans son rapport de 2002 préconise l'utilisation d'« un mode de consultation spécifique » et la construction « dans la durée d'une relation médecin-patient·e basée sur une communication appropriée »

(37) afin de renforcer le lien médecin-malade.

Comment ces médecins pratiquent-ils/elles une communication appropriée en pratique ?

En laissant la possibilité pour les patient·e·s d'aborder des sujets « sensibles ».

Les médecins constatent que leurs patient·e·s ont recours aux médecines non conventionnelles face à des impasses diagnostiques ou thérapeutiques de la médecine dite conventionnelle. Il peut également s'agir de l'impression du/de la patient·e que le traitement ne réponde pas à ses attentes.

Les médecins décrivaient un changement de pratique, ils/elles s'ouvraient alors à la prise en charge holistique du/de la patient·e. La vision holistique correspondait à la prise en charge du/de la patient·e dans sa globalité en considérant les divers aspects de la vie comme formant un ensemble solidaire.

En exprimant un certain intérêt envers les croyances des patient·e·s.

Dans notre étude nous avons constaté que certain·e·s médecins, majoritairement des femmes, avaient à cœur d'explorer les croyances de leurs patient·e·s. En pratique, il s'agissait de d'avoir une écoute et une empathie pour laisser la porte ouverte aux croyances. Le fait de questionner le/la patient·e était aussi plus fréquent ce qui permet d'adapter sa communication à l'autre et à ses idées.

En accordant plus de temps de consultation

L'autre adaptation majeure des médecins est la volonté d'accorder plus de temps à ce type de consultation.

En effet, pour que la communication se fasse dans les meilleures conditions les patient·e·s ont besoin de se sentir en confiance et qu'on leur donne l'occasion de parler. Les consultations rapides ne laissent pas le temps aux personnes de s'exprimer.

Étant donné qu'il s'agit d'un sujet qui touche l'intime, il faut passer du temps avec les patient·e·s et prendre soin de les mettre en confiance pour aborder ce domaine-là.

En s'adaptant

La relation médecin-patient·e était complexe et requérait du/de la médecin, des compétences qui lui permettaient une analyse profonde de la situation. Il devait s'adapter à son/sa patient·e et en permanence, remettre en question sa propre personne et ses pratiques.

Les médecins interrogé·e·s dans notre travail parlaient fréquemment de diplomatie pour arriver à cette adaptation, afin de trouver un compromis permettant un accord diplomatique au sein de la relation.

Dans le cadre de l'approche centrée patient·e il revient au/à la médecin de faire l'effort de s'adapter, à savoir appréhender l'étendue de ses propres croyances et celle de son interlocuteur/interlocutrice.

Ce processus mental, vise à favoriser l'efficacité du dialogue. Il est bien entendu bénéfique que le/la patient·e en fasse autant.

Par ailleurs, comme l'explique D. Jodelet, la communication est primordiale dans les processus représentatifs car « elle est le vecteur de transmission du langage, lui-même porteur de représentations...elle concourt à forger des représentations qui, étayées par une énergétique sociale, sont pertinentes pour la vie sociale et affective des groupes ». Elle insiste ainsi sur le « pouvoir performatif des mots et discours » (15).

Ainsi, le dialogue qui s'ouvre entre deux individus est facilité par la prise de conscience de l'existence de représentations partagées ou non, mais permet également d'élaborer des représentations communes.

En restant en dehors de tout jugement

Une autre notion importante était la capacité à maintenir une ouverture en se fixant la règle de l'absence de jugement à l'égard du/de la patient·e.

Ainsi, les médecins étaient bien conscient·e·s de leur place dans le parcours de soins : le/la patient·e finissait toujours par revenir à son/sa médecin et il/elle lui importait alors d'être toujours présent·e si son/sa patient·e souhaitait revenir à lui/elle (13).

En se plaçant en conseiller·e

Les médecins de notre étude se décrivaient comme attentifs/attentives et à l'écoute de leurs patient·e·s bien qu'il s'agissait d'un domaine où ils n'avaient pas de compétence.

Ils se considéraient comme des personnes de confiance et des conseiller·e·s bien qu'il leur était pour certain·e·s difficiles de ne pas avoir des ressentis contraires.

Confrontation à la littérature

Les médecins de notre étude ayant à cœur de préserver un lien avec leur patient·e emploient donc spontanément des attitudes déterminantes pour une relation médecin-malade de qualité comme le décrit la littérature :

D'après une étude qualitative réalisée en France et publiée en 2003, les **critères** selon lesquels les **patient·e·s jugent la qualité de la relation médecin-patient·e** (38) sont les suivants : la notion de médecin de famille, sa capacité d'écoute sans interrompre le/la malade et sans jugement, une évolution vers un partenariat et une grande disponibilité.

Du point de vue des **médecins**, une étude qualitative a interrogé 28 médecins généralistes installé·e·s et remplaçant·e·s de la région Rhône-Alpes, reparti·e·s en 4 focus group pour connaître leurs **critères de qualité de la relation médecin-patient·e** (39). Le fait que le/la patient·e revienne ultérieurement en consultation était considéré comme un marqueur de bonne relation. La confiance en leur médecin était décrite comme le critère clé de la relation. En communication, les médecins ont estimé que la relation devait être chaleureuse et personnalisée, empreinte d'écoute active, d'empathie et de pédagogie.

Une **communication médecin-malade appropriée** est définie par l'association de la transmission d'une **information claire, compréhensible et adaptée au/à la patient·e**, par la **vérification que l'information a été bien comprise et par la répétition du message** (37). Mais elle ne se limite pas au seul acte de transmission d'un message du/de la soignant·e vers le/la patient·e (40). Elle implique aussi de **créer un climat de confiance**, qui permette

au/à la patient·e de pouvoir parler de ses peurs, de ses doutes, et pouvoir exprimer ses émotions et aborder des sujets sensibles.

Pour le Pr Consoli (40) une communication de qualité repose sur le fait de :

- supporter qu'un·e patient·e exprime jusqu'au bout ses inquiétudes ou ses doutes
- accepter de répondre aux questions embarrassantes
- encourager à revenir, dans un temps ultérieur, sur une explication déjà donnée.

Nous pouvons noter que ces trois derniers points font appel à une attitude cognitive de compréhension de l'autre. En ce sens, la communication de qualité à laquelle fait référence le Pr Consoli fait appel à l'empathie clinique.

L'attitude empathique revêt une des composantes de la bonne « distance » à adopter face à un·e patient·e en consultation : « se sentir suffisamment proche, mais pas trop, du malade, pour mieux le comprendre et mieux lui faire sentir qu'on le comprend, tout en restant « chacun à sa place » ».

Vannotti décrit d'ailleurs que « l'empathie désigne encore, de façon plus pointue, l'aptitude du médecin à ménager la relation lorsqu'un moment d'émotion prégnant émerge chez l'un ou l'autre des interlocuteurs. Il s'agit le plus souvent d'un moment imprévisible et imprévu. [...] Il importe alors, [...] que le médecin parvienne à saisir ces « moments présents » où émerge, chez le patient, une émotion significative, et qu'il cherche à en faire un « moment de rencontre » » (41).

c) Affirmer leurs convictions d'expert·e·s

Certain·e·s médecins de notre étude, désireux/désireuses d'affirmer leurs convictions et leur rôle, ne parviennent pas toujours à maintenir une communication appropriée.

Cette attitude a été décrite par Freidson en 1970 et il analyse la relation médecin-malade sous l'angle du « conflit des perspectives ». Freidson qui affirme que l'intérêt personnel du/de la médecin peut s'opposer à l'altruisme véhiculé par sa profession.

C'est ainsi qu'émerge le concept de « culture profane ». Face au savoir professionnel du/de la médecin, il n'y a pas absence de savoir du/de la patient·e, mais un autre savoir, fait des exigences de sa vie quotidienne, de son ressenti par rapport à sa maladie et en accord avec sa culture. Il n'y a donc pas consensus a priori entre le/la médecin et son/sa patient·e, ce qui va susciter des tensions au sein de la relation (42).

En effet, gros point négatif exprimé par les médecins était la **sensation de mise en échec** au sein de la relation thérapeutique qui les mène alors à des modes de communication plus confrontants.

Ce ressenti est comparable à la situation avec les **patient·e·s « heartsink »**. En effet, dans son travail de thèse, Chloé Bouchacourt résume la situation ainsi : « Qu'ils soient considérés comme difficiles, dysphoriques ou détestables, les patients heartsink ont en commun la capacité de générer chez leur médecin un sentiment d'agacement, de frustration et/ou d'incompétence » (43).

Avec une approche plus philosophique, Butler et Evans estiment que le problème des Heartsink provient de « cliniciens se sentant impuissants face à des patient·e·s qui cherchent le salut de problèmes psychologiques, sociaux et spirituels à un niveau biomédical » (44).

Un des points importants de cette mise en échec et relevé par la plupart des médecins était cette **impression de destitution**.

L'incursion des croyances au sein de la consultation paraissait déstabiliser les médecins dans leur « toute puissance ». Comme s'ils/elles étaient déchu·e·s de leur statut par ces croyances. Or, pour certain·e·s médecins il leur était difficile d'abandonner ce rôle de « tout·e sachant·e » afin de laisser une place aux croyances des patient·e·s.

Les représentations de la maladie, mêlées aux croyances pouvaient amener les patient·e·s à refuser certains examens complémentaires ou le recours à un confrère/une consoeur d'une autre spécialité. Le/la médecin se rendait quelquefois compte qu'il/elle n'emportait pas l'adhésion du/de la patient·e au traitement qu'il/elle proposait ce qui pouvait le/la placer dans une situation inconfortable avec parfois un sentiment d'agacement.

La confrontation au savoir des patient·e·s, élaboré sur une toute autre base que le savoir médical provoque globalement un **sentiment d'inconfort**. La différence de dogme perturbe au plus haut point ainsi que la sensation de déchéance par rapport à un statut et à un pouvoir inhérent au savoir médical.

En effet, d'un côté il est question d'un héritage, de choses qui sont parfois impalpables, plutôt de l'ordre du ressenti et de l'autre il est question de faits basés sur des études, des preuves.

Quels sont les modes de communication utilisés par ces médecins afin d'affirmer leur savoir et leurs convictions ?

Plusieurs médecins ont évoqué le fait de **manipuler** leurs patient·e·s. Une nouvelle fois, le terme « manipuler » est révélateur de la confrontation et de l'hostilité ressentie par les médecins.

Un des médecins interrogés a décrit un exercice particulier. Le médecin allait chercher les croyances du/de la patient·e afin de les utiliser à des fins éducatives, car elles étaient indissociables du/de la patient·e. Lorsque la médecine conventionnelle peinait à régler un souci, il ne restait plus que cette dimension du/de la patient·e pour tenter de trouver un répit et une adhésion de sa part.

Comme s'il fallait manipuler pour mieux « dé manipuler » le/la patient·e. Cette manière de procéder nous a évoqué un jeu théâtral entre le médecin interrogé qui avait élaboré cette stratégie pour convaincre la patiente de ses opinions au moment voulu.

Ceci peut alors conduire à une certaine forme de lassitude et de découragement des médecins qui seront frustré·e·s des soins prodigués. Cette insatisfaction aboutit à un besoin de convaincre les patient·e·s de leur savoir scientifique amenant parfois à la capitulation face à un blocage lié à un affrontement d'idées. Cette capitulation était directement liée au moment de la journée (plutôt en fin), à l'énergie du/de la médecin et à son temps d'écoute disponible.

Les médecins utilisent aussi **l'attaque** (45) (la confrontation volontaire). Par cette attitude, le/la médecin affirme sa position et ne cherche pas à s'investir dans la relation. Il/Elle cherche à contrôler la situation, et imposer son pouvoir de quelque façon que ce soit (45).

L'attaque se manifeste par l'élévation de la voix, la provocation, le jugement, la culpabilisation. Le/La médecin peut avoir recours à l'autorité et montrer son ascendant, par exemple en délivrant des prescriptions ou en refusant certains examens en guise de sanction.

Dans notre étude, la nécessité de « recadrer » de façon assez stricte était verbalisée par certain·e·s médecins. Nous avons retrouvé différents types de manifestations : la provocation, l'humour. Selon plusieurs médecins, l'affrontement est nécessaire pour que le/la patient·e prenne conscience que la situation n'est pas viable.

Cette forme d'expression soulage sur l'instant mais pose des problèmes sur le plan déontologique et éthique.

Sur le plan déontologique, le/la médecin doit se prévenir d'un comportement déconsidérant la profession médicale : « comportements ou propos scandaleux, grossièretés ».

Sur un plan éthique, le/la médecin doit répondre au principe de non-malfaisance : « aider, c'est ne pas nuire » (46).

Parfois dans des cas extrêmes, cette confrontation d'idées peut mener à une **rupture de lien**.

Quoique rarement retrouvée dans notre étude elle n'en est pas moins dramatique dans les zones rurales en proie à une pénurie de médecins.

Ces attitudes peuvent être résumées par le modèle de relation médecin-malade dit conflictuel.

Ces deux attitudes retrouvées dans nos entretiens sont théoriquement décrites

Vannotti dégage (41) deux conceptions qui s'opposent dans la définition du rôle du/de la médecin et que nous retrouvons dans notre étude :

- celle du/de la **médecin efficace**, imperturbable, qui a une **vision objective** du/de la patient·e et de sa maladie, et qui peut ainsi prendre des **décisions d'expert** et gagner en efficacité ;
- celle du/de la **médecin empathique** et **humain·e** qui s'intéresse non seulement à la maladie de chaque patient·e, mais également à la manière dont il/elle la vit, à sa **situation personnelle, sociale, à son histoire**.

d) Cependant les praticien·ne·s interrogé·e·s parviennent finalement à concilier ces deux attitudes

Toujours selon Vannotti (41), le dialogue entre soignant·e et soigné·e devrait éviter à la fois de tomber dans la rationalisation techniciste au nom de l'efficacité, et dans la psychologisation excessive où l'on croit, à tort, assumer une attitude empathique.

Un paradigme intégratif a, dès lors, été proposé pour la pratique médicale (47) : « Il n'y a en effet pas lieu de mettre en conflit progrès scientifique et technologie, d'une part, empathie et humanisme, d'autre part. Avec l'emprise technologique croissante, les communications interpersonnelles sont à considérer toujours plus « comme un paramètre essentiel de la fonction de soins (...) dont vont dépendre entre autres la réussite ou l'échec des moyens mis en œuvre ».

C'est ce que nous constatons en pratique dans nos entretiens.

L'ensemble des médecins de notre étude avait à cœur d'adopter une attitude de **négociation** avec leur patient-e en composant avec leurs ressentis et leurs émotions par moment trop opposantes. Même si la relation avait débuté dans la confrontation, les médecins cédaient finalement à leur envie d'imposer leur vision de santé pour négocier avec leur patient-e.

Négocier c'est investir la relation, en cherchant à comprendre l'autre, tout en valorisant son propre point de vue. La négociation (40) se manifeste par un ton calme, une écoute active et empathique, une expression de son désaccord, une reconnaissance partielle des responsabilités, assorties d'une justification factuelle.

Ainsi, l'empathie tient une place centrale dans la relation médecin-patient-e. Comme le soulignait Maxwell : « les médecins de soins primaires doivent faire l'effort d'être en empathie avec leurs patients en le considérant comme une responsabilité professionnelle » (48).

La décision médicale est partagée (49), le but étant d'arriver à la satisfaction des deux protagonistes. Plusieurs médecins ont évoqué la décision partagée par la réalisation d'un « compromis ».

La négociation est basée sur l'écoute et le dialogue dans le but d'apaiser le conflit (45). Elle demande du temps, des compétences en communication et de l'énergie, ce qui manque parfois au/à la médecin (50).

Par ailleurs, les médecins de notre étude finissaient par accepter de ne pas convaincre les plus sceptiques de leurs patient-e-s tout en gardant un lien avec eux/elles. Et ils/elles

parvenaient à cela parce qu'ils/elles basaient leur relation thérapeutique sur la connaissance des représentations de leur patient·e.

Alors qu'initialement leur objectif pouvait être de convaincre leurs patient·e·s coûte que coûte. Cette évolution se fait dans le temps et en se rendant compte au fur et à mesure que la solution n'est pas dans la confrontation mais plutôt soit dans la négociation soit, si celle-ci n'est pas possible, dans **l'acceptation**.

Parce qu'il s'agit aussi d'une « bonne manière » de pratiquer la médecine au sens de l'EBM que d'accepter de ne pas convaincre les plus réticent·e·s des patient·e·s.

Cette acceptation est possible parce que les médecins ont exploré les craintes, les freins de leurs patient·e·s et qu'ils/elles arrivent ainsi à un sentiment d'avoir « tout exploré » qui est satisfaisant même si, finalement, ils/elles n'ont pas forcément obtenu l'adhésion de tou·te·s. Lorsque les représentations n'étaient pas communes, les praticien·ne·s interrogé·e·s arrivaient à envisager leur rôle comme celui d'un·e informateur/informatrice garant·e d'un certain service médical minimum à l'écoute de leur patient·e.

e) Caractéristiques des médecins selon le type d'attitude

Les femmes majoritairement dans le compromis

Dans nos entretiens, tou·te·s les femmes, sauf une, étaient dans le compromis. Ce qui n'était pas le cas de tous les hommes. Pour Hojat (51), les femmes sont douées d'une plus grande capacité empathique que les hommes parce qu'elles présentent une plus grande sensibilité aux stimuli sociaux et aux signaux émotionnels, ce à un âge plus précoce, et parce que leur orientation sur les soins résultent de l'évolution de l'histoire et de l'apprentissage social. Elle conclut que les femmes sont plus susceptibles que les hommes à engager une communication positive avec le/la patient·e, en discutant des problèmes psychosociaux et de la maladie du/de la patient·e, en utilisant des échanges le plus souvent verbaux, en passant plus de temps avec le/la patient·e et en axant l'échange sur la prévention.

Ce qui ne signifie pas qu'une femme est intrinsèquement plus empathique qu'un homme mais plutôt que, si nous apprenons plus aux femmes, elles seront douées d'une plus grande capacité empathique que les hommes.

Des jeunes médecins plus empathiques

Lin et Carmel, en revanche, retrouvent cette association dans leurs études respectives (52,53) : plus les médecins sont jeunes, plus ils/elles sont empathiques.

Les plus jeunes médecins de notre étude faisaient en effet partie de celles et ceux mettant en avant l'empathie et la négociation au sein de la relation thérapeutique. Nous pourrions imaginer que cela est dû à une énergie supplémentaire en début de carrière et à une curiosité

encore vive. Tandis qu'en fin de carrière, selon le parcours, les médecins peuvent être amené·e·s à se sentir un peu « usé·e·s » par leur travail.

Cela pourrait également être en lien avec un enseignement plus long et plus fouillé où l'empathie, l'EBM et le placebo sont, à défaut d'être longuement étudiés, au moins évoqués.

Niveau Socio-Professionnel

Dans sa thèse sur des déterminants de l'empathie clinique des médecins généralistes, Céline Buffel met en évidence une association significative entre la capacité des médecins à se mettre à la place de leur patient·e (« prise de perspective ») et leur niveau socioprofessionnel familial (NSP). Ainsi, nous observons que plus le NSP dont est issu le/la médecin est bas, plus celui-ci présente un score élevé en terme de « prise de perspective » (54). Nous ne pouvons pas établir de rapprochement au sein de notre travail étant donné que nous ne connaissons pas le milieu socio professionnel dont sont issu·e·s les médecins interrogé·e·s.

Spécialité médicale

La spécialité médicale semblait également beaucoup influencer sur la manière de prendre en charge les patient·e·s emprunt·e·s de croyances. En effet, les médecins pratiquant une médecine technique, d'urgence, de réanimation, avaient un abord plus « froid » et plus distant avec leur patient·e tandis que les autres, plutôt axé·e·s vers le côté social de la médecine générale auront une tendance à être plus dans la discussion et dans l'écoute.

Cela s'explique aisément par la différence que représente un quotidien dans un service d'urgence/réanimation ou dans un cabinet médical en ruralité. Dans un service

d'urgence/réanimation, le rôle du/de la médecin sera d'examiner puis d'orienter les patient·e·s vers le service adéquat voir de prendre en charge un·e patient·e inconsciente. Dans un cabinet de médecine générale les médecins peuvent être confronté·e·s à des patient·e·s en détresse psychologique et/ou sociale qui imposent un temps de discussion et un suivi au long cours.

5) Conflits entre deux idéaux

Les médecins de notre étude semblent naviguer entre deux obligations du serment d'Hippocrate :

a) Bien soigner son/sa patient·e

C'est finalement ce que s'employaient à faire les médecins interrogé·e·s, plus ou moins instinctivement et facilement, quand ils/elles s'efforçaient de négocier au sein de la consultation.

Les médecins interrogé·e·s semblaient éprouver des difficultés à admettre (dans le discours ambiant de l'EBM) que laisser le/la patient·e exprimer leurs croyances ne voulait pas dire qu'ils/elles y adhèrent.

Or, ces deux idéaux ne sont pas contradictoires. Car si, en essayant de faire de l'EBM, le/la médecin prend en compte le/la patient·e dans sa globalité avec ses croyances opposantes, qu'il/elle cerne à l'issue d'un dialogue que la meilleure solution pour son/sa patient·e (pour

différentes raisons, effet placebo, nocebo, lien thérapeutique) est un choix qui n'est pas décrit dans l'EBM.

Alors le/la médecin fait de l'EBM, car il/elle a conscience de tous ces éléments et qu'il/elle s'attache à prendre en charge son/sa patient-e dans la globalité.

Par ailleurs, d'après les médecins de notre étude, cette sensation de « bien soigner » passe aussi par le fait d'assurer un cadre médical minimum qui leur permettrait d'être en règle légalement.

Serment d'Hippocrate

Dans le Serment d'Hippocrate il est avancé ceci :

« Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. » (46).

L'Approche Centrée Patient-e (ACP)

En médecine générale une démarche centrée sur le/la patient-e est préférable à une démarche centrée sur la maladie. En effet, le/la médecin soigne une personne malade plus qu'une maladie. Il existe à l'heure actuelle différents concepts théoriques concernant ces bonnes pratiques d'exercer :

- Le Collège national des généralistes enseignants (CNGE) décrit un ensemble de compétences à réunir afin de prendre en charge de façon optimale son/sa patient-e.

Parmi ces compétences figure **l'Approche Centrée Patient·e (ACP)** (3). C'est une démarche clinique qui repose sur la rencontre entre les travaux initiaux de M. Balint et de C. Rogers.

Son concept s'est affiné avec des auteurs comme Engel et son modèle biopsychosocial qui repose sur une « représentation de l'être humain dans laquelle les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux sont considérés comme participant simultanément au maintien de la santé ou au développement de la maladie » (55). C'est une compétence générique transversale de la « marguerite des compétences ». Elle en constitue l'élément central que l'étudiant·e en diplôme d'étude spécialisé de médecine générale doit acquérir en interaction avec les 5 autres compétences (Figure 4).



Figure 4 : Modèle de la Marguerite des compétences du/de la médecin généraliste (3)

L'ACP est adaptée à la spécificité de la discipline médecine générale car elle permet de centrer la situation sur la personne plus que sur sa maladie en y intégrant une approche globale contextuelle bio-psycho-sociale et en favorisant un « diagnostic approfondi » grâce à une écoute active de la personne.

Cette démarche clinique a été élaborée pour contrebalancer les limites et insuffisances de la démarche biomédicale basée sur un raisonnement anatomo-clinique et physiopathologique.

Le modèle OPE (Organe Personne Environnement)

Ce modèle est une présentation pratique de ce concept, formulée par J.F. Massé et L. Lévy. Il s'agit en quelque sorte d'un outil pour arriver à une vision plus globale d'une situation, ou encore à un diagnostic dit de situation (56). Il se propose d'étudier :

- Le plan organique (Organe) : Quelles sont les plaintes et qui se plaint ? Quelles sont les maladies et quels sont les symptômes ?
- Le plan psycho-relationnel (Personne) : Quelles sont les inaptitudes et incapacités constatées ? Quel est le vécu de la situation par le/la patient·e et son entourage (dont le/la médecin) ?
- Le plan environnemental (Environnement) : Étude de l'environnement humain, matériel, économique, géographique, urbanistique, légal, réglementaire

Ce modèle rejoint ce que l'on appelle les « trois normes » que sont la norme biomédicale (ou organe), la norme intime (ou personne) et la norme sociale (ou environnement) (64).

Le modèle de l'EBM (*Evidence-Based Medicine*) ou la médecine fondée sur les preuves

Pour beaucoup de médecins, l'EBM se résume à la recherche dans la littérature des données les plus actuelles de la science concernant une pathologie donnée.

L'EBM serait ainsi purement du domaine du biomédical.

A l'origine, l'EBM, née au Canada dans les années 1980 était utilisée comme méthode pédagogique d'enseignement. Elle gagna ensuite la pratique médicale. En 1996, Sackett et Haynes la définissent comme « l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures données actuelles de la recherche clinique dans la prise en charge personnalisée de chaque patient » ou encore comme « l'intégration des meilleures données de la recherche à la compétence clinique du soignant et aux valeurs du patient » (57). Ainsi il s'agit bien en effet de prendre des décisions intégrant les données actuelles de la science, mais ces décisions doivent être adaptées au besoin du/de la patient·e dans son contexte. Ceci est représenté par Haynes comme le recoupement de 3 cercles que sont les circonstances cliniques, les données actuelles de la science, et les préférences et comportement du/de la patient·e comme l'illustre la figure 4 (58).

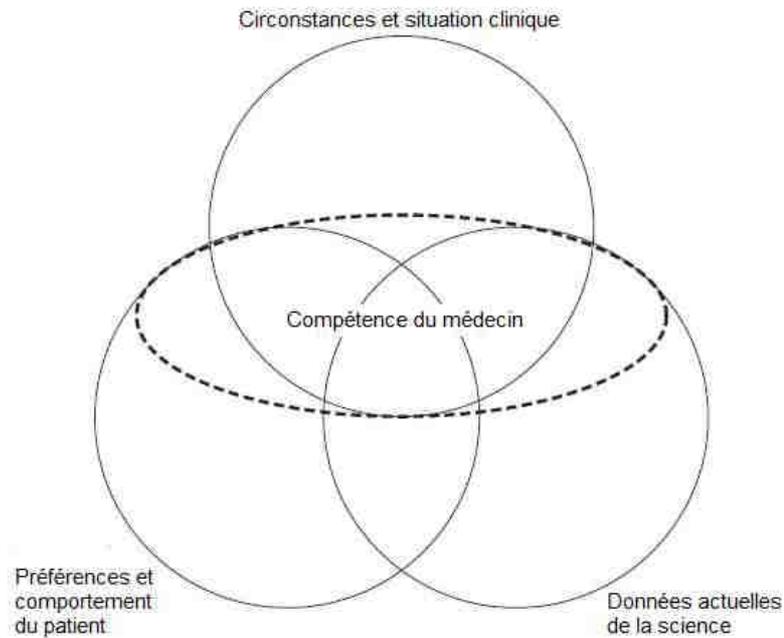


Figure n°4 : Représentation graphique de l'EBM selon Haynes (58)

- b) Ne pas utiliser ses connaissances pour forcer les consciences, préserver l'autonomie du/de la patient·e

Cela se concrétise en pratique par la volonté de laisser la décision au/à la patient·e et d'éviter de l'influencer dans ses choix par la posture de sachant·e que nous avons évoqué précédemment.

Serment d'Hippocrate :

« Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. » (46).

Il s'agit donc de ne pas user de la rhétorique à des fins de persuasion. Car la persuasion appartient au domaine de l'influence et entretient un rapport ambigu avec la manipulation qui consiste à obtenir quelque chose de l'autre parfois même à son détriment.

Convaincre fait appel à des arguments et sollicite la raison, tandis que persuader fait appel aux sentiments et sollicite l'émotion.

Même à son insu

Chaque médecin semble ainsi animé-e d'une sorte d'intime conviction des réponses qu'il/elle a à apporter au/à la malade et de la manière dont celui/celle-ci doit se comporter face à sa maladie. Il s'agit d'un phénomène qui se passe en partie à son insu.

Ces « convictions » constituent ce que Balint a appelé « la fonction apostolique » du/de la médecin (ainsi dénommée parce qu'il/elle y « croit » et qu'il/elle veut y « convertir » son/sa patient-e). Cette fonction apostolique est inconsciemment utilisée par les médecins pour se protéger des implications émotionnelles de leur pratique.

Nous y reviendrons après.

c) Parallèle avec la situation des médecins pendant la pandémie de Covid-19 :

La pandémie de Covid-19 a mis les médecins généralistes face à plusieurs questions éthiques et déontologiques parmi lesquelles : Jusqu'où s'arrête notre devoir de soin et où commence la singularité et la liberté de penser des patient-e-s ? Comment la respecter tout en ayant la sensation d'avoir fait son « travail » de médecin ?

Notamment vis-à-vis de la question de la vaccination très fortement conseillée mais non obligatoire selon les corps de métier. Les médecins se trouvent face aux deux idéaux que nous évoquions précédemment : leur devoir professionnel en tant qu'acteurs/actrices de santé publique et la liberté individuelle des patient·e·s de refuser ce vaccin et de croire en des dogmes différents. Pour convaincre le plus grand nombre il était possible pour les médecins de demander à la caisse primaire d'assurance maladie la liste de leurs patient·e·s non vacciné·e·s et pourtant peu semblent avoir utilisé ce moyen-là.

Ils/elles ont plutôt à cœur de faire leur « devoir » en délivrant des informations scientifiques, en informant de la balance bénéfice risque sans chercher à convaincre à tout prix au risque de rentrer en confrontation avec leur patient·e.

C'est cette nécessité d'information qui semble d'autant plus importante pour les médecins à l'heure actuelle.

En effet, elle permettrait de limiter les théories complotistes et la crise de l'autorité de la science.

Qu'il s'agisse de glyphosate, de pesticides ou de vaccins, de facteurs cancérigènes ou d'effets des nouvelles technologies sur la santé (5G par exemple), il est difficile de citer un domaine où « la » Science fasse unanimité aujourd'hui. Et où la « thèse officielle » ne soit pas contestée par des centaines de contre-théories ou dogmes qui fleurissent sur Internet et les autres médias.

Le marché de l'information tel qu'il s'est constitué est caractérisé par la possibilité pour tou-te-s de verser une information dans l'espace public. Cette situation a beaucoup accru la pression concurrentielle sur ce marché. Mécaniquement, cette pression a augmenté la vitesse de diffusion des informations non sélectionnées et ceci est favorable à la vitalité des croyances (31). D'une part, l'adhésion à ce type d'explications du monde qui nous entoure prospère sur

le besoin de réponses face à des phénomènes inexplicables et traumatisants dans une époque où les grands récits explicatifs, qu'ils soient politiques ou religieux ont perdu en intensité (59). Or, à ce niveau, la violence de la pandémie et des bouleversements sociaux et économiques qu'elle a engendrée a placé la population devant une demande d'explications globales que les institutions politiques et scientifiques avaient du mal à fournir. D'autre part, le manque de confiance dans les institutions politiques et scientifiques est un véritable facteur explicatif de l'adhésion au complotisme.

Il est assez évident de constater que les médecins impliqué·e·s dans la vaccination contre la Covid-19 ont eu à convaincre la population à travers des explications et un argumentaire construit sur des preuves scientifiques. Mais malgré cela, certaines personnes restent opposées à l'idée de cette vaccination et le corps médical se doit d'accepter cela pour mieux les soigner.

6) Comment les médecins interrogé·e·s ont réussi à faire de l'anthropologie « malgré eux/elles »

a) Les solutions déjà employées par les médecins

Les médecins de notre étude parviennent finalement tou·te·s à « faire avec » les croyances de leurs patient·e·s. En effet, nous constatons qu'un juste milieu est en permanence recherché entre les bons soins empathiques et l'affirmation de certaines convictions. Le tout en essayant d'utiliser des moyens de communication appropriés ou, au moins, d'être vigilant·e s'agissant de la manipulation que leur rôle ainsi que leur rhétorique pourraient engendrer.

Pour parvenir à composer avec ces patient·e·s emprunt·e·s de croyances les médecins de notre étude font preuve de différents comportements :

- **La négociation.** C'est le processus aboutissant à une décision basée sur un accord mutuel. Il est recherché par la majorité des médecins de notre étude une fois la phase des ressentis négatifs dépassée. Elle favorise le maintien d'une relation médecin-patient·e et donc, une efficacité thérapeutique « minimale » ne serait-ce que par effet placebo.

Il s'agit en quelque sorte d'un objectif que les médecins souhaitent s'efforcer à accomplir.

- **Faire preuve d'empathie.** Une attitude empathique est basée sur l'attention à l'autre, l'écoute dite active (47), la parole, le comportement et un esprit de solidarité. Elle permet de tisser une relation d'échanges à partir du ressenti et des croyances du/de la patient·e, et donne à celui/celle-ci le sentiment d'être écouté·e, entendu·e, respecté·e et compris·e. Elle permet de trouver la bonne distance (60) entre le soignant et le soigné, sans familiarité, condescendance, ni apitoiement. Il faut considérer l'empathie comme une part intégrante de nos devoirs envers le/la patient·e.

- **Accorder plus de temps** lors des consultations ressenties comme « difficiles ». Afin de renforcer le dialogue et maintenir un lien même s'il n'y a pas d'adhésion aux croyances des patient·e·s.

- **Interpréter chaque consultation dans le contexte de vie** (40) du/de la patient·e. Cela revient à prendre le/la patient·e dans sa globalité telle que l'EBM le préconise. En comprenant mieux qui sont vraiment les gens, les médecins n'excusent pas les comportements véhéments

mais deviennent capables de mieux les interpréter. En effet, ils/elles s'attachent à connaître leurs patient·e·s, à explorer leurs réticences et leurs croyances et s'y intéressent.

S'ils/elles se sentent « à peu près en paix » c'est justement parce qu'ils prennent en compte leurs patient·e·s de façon holistique (au moins pour la plupart).

Ils/Elles ont lâché prise par rapport à leurs réticences et représentations pour mieux connaître leurs patient·e·s et encore mieux soigner. Cela se traduit notamment en pratique par l'ouverture aux médecines non conventionnelles dans la mesure où la consultation est bien « cadrée » par un diagnostic établi et que les médecins jugent non préjudiciable cette pratique. Ce pas vers les médecines non conventionnelles se fait également devant des ressentis d'impasse de la médecine « moderne » notamment lorsqu'il s'agit de traiter les algies.

b) Les solutions à renforcer ou à envisager

Le premier axe serait d'informer les médecins autour du concept des croyances tout en leur proposant des outils d'aide à la compréhension et à la gestion des situations difficiles.

Cela pourrait consister en :

- La mise en place de **groupes de travail pluridisciplinaires** pour unifier l'approche théorique et pratique de la prise en charge des croyances au sein de la relation médecin-malade en s'attachant particulièrement à certains points :

- **Prendre conscience de ses propres émotions** (contre transfert) (61). Il ne faut pas se limiter à évaluer seulement le comportement du/de la patient·e, il faut également prendre en compte ses propres comportements et ressentis et

admettre le fait que ces facteurs influencent également l'issue de la rencontre. Il est important d'identifier les phénomènes de contre transfert pour comprendre l'intersubjectivité de la relation médecin-malade, responsable de freins et de blocages dans le lien thérapeutique (62).

- **Prendre conscience de leurs représentations.** Il a été soulevé dans notre étude une vision par moment péjorative des patient·e·s emprunt·e·s de croyances qui pouvaient par la suite porter préjudice à la relation médecin-patient·e.

Ceci peut en partie s'expliquer par le concept de **fonction apostolique** énoncé par Balint. Chaque médecin, porteur/porteuse de ses valeurs personnelles, a sa représentation du/de la malade idéal·e. La mission ou fonction apostolique signifie d'abord que chaque médecin a une idée vague mais presque inébranlable du comportement que doit adopter un·e patient·e lorsqu'il/elle est malade. Cette idée influence pratiquement chaque détail du travail du/de la médecin avec ses patient·e·s.

« Tout se passe comme si tout·e médecin possédait la connaissance révélée de ce que les patients sont en droit ou non d'espérer : de ce qu'ils doivent pouvoir supporter et, en outre, comme s'il avait le devoir sacré de convertir à sa foi tous les ignorants et tous les incroyants parmi ses patients. » (63). Ce sont des « intentions parfaitement louables d'améliorer l'état du patient fondées sur une relation inégale » (64).

La fonction apostolique était sans doute plus marquée au temps d'un exercice médical paternaliste où le/la médecin était celui/celle qui sait et le/la patient·e celui/celle qui obéit. Mais, à l'heure de la négociation et du dialogue ce concept n'a pas disparu pour autant des pratiques médicales. Chaque médecin est porteur/porteuse, au plus profond de lui/elle-même de valeurs, de croyances, de représentations que son

éducation, son expérience, ses rencontres ont forgées en lui/elle. Ainsi il semble peu probable que celles-ci n'influencent en rien son discours et ses décisions, même s'il/elle tente de favoriser un échange et une décision partagée.

- Penser à toujours rechercher les **motifs cachés** d'une consultation et **les non-dits** (40). Il est important de créer un climat de confiance dans lequel le/la patient·e puisse se livrer. Il/elle doit pouvoir parler de sujets sensibles comme la peur de la maladie et du cancer, les addictions, les problèmes familiaux.
- **Résumer ou répéter en partie** ce qu'a déclaré le patient·e (65). L'intérêt majeur de la reformulation est de donner au/à la patient·e le sentiment d'être entendu·e et de lui permettre ainsi de pouvoir verbaliser ce qui le/la préoccupe.
- **Apprendre à dire « non »** efficacement (65). Il faut apprendre à ne jamais refuser immédiatement une demande, car cela augmente inévitablement la frustration du/de la patient·e. Il faut savoir dire « non » de façon ferme et bienveillante (66), sans chercher à se justifier, tout cela en s'assurant que le/la patient·e ait le sentiment qu'il/elle participe à la décision.
- **Avoir recours à l'humour** (67). Il est utile et efficace tout particulièrement avec les patient·e·s autoritaires. Cela permet de surprendre le/la patient·e, de dédramatiser et de permettre un échange. L'humour est à distinguer de l'ironie ou de la moquerie qui, elles, s'avèrent blessantes pour le/la patient·e et lui donne l'impression de ne pas être pris·e au sérieux.

- Ou en un **support papier à destination des médecins** et réalisé à partir des enseignements de la littérature et de cas pratiques, pour aider au maintien de la relation et assurer une meilleure prise en charge des patient·e·s emprunt·e·s de croyance.

Le second axe est certainement plus ambitieux. Il s'agirait **d'actualiser la formation des étudiant·e·s** en médecine en donnant une vraie place à la formation de la relation médecin-patient·e auprès des étudiant·e·s ou internes qui ne prennent conscience souvent que trop tard de l'importance de celle-ci.

Cela pourrait se traduire en pratique par :

- Actualiser et valoriser la formation à la relation médecin-patient·e dans le 2^e cycle des études médicales en y intégrant une formation à la **psychologie médicale**.
- Intégrer un apprentissage obligatoire à la relation médecin-patient·e dans le 3^e cycle de Médecine Générale. Un **entraînement à la communication médicale et une analyse de la pratique médicale** (groupes Balint) pourraient y trouver leur place.

Introduire une formation d'anthropologie médicale et de médecine transculturelle dans le programme du DPC (Développement Professionnel Continu) **qui permettraient aux médecins de se sentir plus à l'aise** avec les différences culturelles de leurs patient·e·s.

Les difficultés exprimées par les médecins de notre étude se rapprochaient beaucoup de celles retrouvées dans la prise en charge des patient·e·s ayant une origine différente. C'est ce que Laura Federici démontre dans sa thèse sur la prise en charge des patient·e·s migrant·e·s (68). Il a été constaté que les médecins étaient souvent déstabilisé·e·s par l'incompréhension et le manque de repères face à ces patients qui possèdent des référentiels et des représentations

souvent éloignés des nôtres. L'origine ethnique et culturelle semblent amener les mêmes sources d'incompréhension ou d'inconfort au sein de la relation soigné-e/soignant-e qu'une divergence de croyance entre deux personnes ayant la même nationalité.

Par extension et afin d'améliorer la prise en charge il pourrait être intéressant de proposer aux médecins une formation de clinique transculturelle et d'anthropologie médicale.

Patricia Hudelson démontre que la prise en charge de patients n'ayant pas les mêmes repères socio-culturels demande certaines compétences qui consiste en des attitudes, connaissances et méthodes spécifiques développées dans la figure 5 ci-dessous (69).

Attitudes

- Reconnaissance /acceptation de la diversité des patients
- Empathie, curiosité, respect pour tous les patients

Connaissances

- De soi-même (culture, préjugés)
- Des populations cibles (épidémiologie, caractéristiques socioculturelles, etc.)
- Du système (les services et leur fonctionnement, les procédures, etc.)

Méthodes

- Outils de communication transculturelle
- Collaboration avec des traducteurs professionnels
- Collaboration transprofessionnelle (travail en réseau).

Figure n°5 : Compétences transculturelles cliniques (69)

Des méthodes sont recommandées pour aider les médecins à apporter des services adaptés aux aspects culturels. Elles s'appuient sur des concepts anthropologiques pour comprendre la nature de la consultation médicale.

Ces méthodes sont basées sur la notion que toute consultation est interculturelle et implique donc une négociation qui fait intervenir différents modèles explicatifs. Elles soulignent qu'il est important que les médecins anticipent les sources potentielles de malentendu culturel et

qu'ils explorent les modèles explicatifs de leurs patients et de leurs problèmes liés à la maladie.

Le/La médecin aura recours aux techniques d'entretien utilisées en anthropologie (questions ouvertes, questions qui prennent en compte les aspects culturels, narration) qui visent à encourager le patient à raconter son histoire et permettent ainsi à la fois de découvrir les perceptions du patient et de récolter les informations cliniquement utiles. Ceci favorise la prise en charge et évite une rupture de relation soigné·e/soignant·e. Ce qui est également réalisé dans les entretiens motivationnels.

Il s'agirait de penser et d'enseigner la relation médecin-patient·e comme une action thérapeutique en tant que telle ce qui permettrait d'intégrer la croyance et/ou la culture comme un outil pour explorer les motivations des patient·e-s.

- Intégrer une introduction à la **médecine narrative** dans le 3eme cycle de Médecine Générale.

La médecine narrative est reconnue comme discipline académique aux USA et valorisée par l'OMS dans le domaine de la recherche. Les premiers articles sur le sujet paraissent à la fin des années 1990, elle sera par la suite conceptualisée par Rita Charon ; la médecine narrative s'inscrit dans une approche intégrative et centrée sur le/la patient·e, et vise à « reconnaître, absorber, interpréter et être touché par les histoires de maladies » (70)).

L'une des thèses philosophiques fondatrices de la médecine narrative soutient que l'expérience de la maladie étant absolument unique et singulière, sa compréhension échappe au domaine de la science et peut seulement être abordée via la théorie littéraire et narrative. L'attention du/de la médecin aux récits des patient·e-s est une approche privilégiée pour prendre en compte les besoins psychologiques et émotionnels de ceux/celles-ci. L'idée, très commune dans les humanités médicales, est que l'écoute

attentive du récit du/de la patient·e permet de redonner du sens à la pratique de la médecine, voire de l'humaniser et de compléter ainsi la biomédecine. Il s'agit pour le/la soignant·e, non seulement de compléter un savoir biomédical par un savoir narratif expérientiel essentiel à sa compréhension de la maladie et à sa pratique diagnostic, pronostic et thérapeutique, mais aussi de prendre soin de soi dans une démarche éthique concrète. Il existe à l'heure actuelle plusieurs facultés en France qui proposent un D.U de médecine narrative.

Conclusion

Les médecins interrogé·e·s dans notre étude dressent le portrait de croyances polymorphes qui imprègnent fréquemment les consultations et constituent, en cela, un troisième personnage avec lequel il est nécessaire de composer.

Les ressentis des praticien·ne·s sont souvent minimisés afin d'atténuer les confrontations et les frustrations au niveau de la prise en charge. Il existe en effet, par moments, de réels conflits d'intérêts entre l'écoute du/de la patient·e, sa prise en charge bio-psycho-sociale et les croyances et convictions défendues par les médecins qui représentent des acteurs/actrices de santé publique. La plupart des médecins interrogé·e·s se rejoignent sur le fait que ce type de consultation pouvait poser des problèmes et ils/elles en étaient largement conscient·e·s. Ce sont les différentes attitudes qui se dégagent de ces consultations qui nous ont intéressées.

Sont décrites des réactions d'écoute, d'échange, de négociation, de diplomatie.

En résumé, deux attitudes « type » peuvent être mise en évidence par notre étude.

La première concerne les médecins pour lequel·le·s il est primordial de préserver le lien avec le/la patient·e et qui vont faire preuve d'adaptation, d'écoute, d'échange, de diplomatie. Ces médecins-là rapportent un caractère chronophage et parfois épuisant des croyances des patient·e·s malgré leur côté enrichissant, ce qui les pousse, par moments, à mettre de côté leurs acquis scientifiques tout en assurant un « cadre médical » minimum afin de minimiser les oppositions. Il s'agit en quelque sorte de privilégier le rôle de confident·e et de garant·e d'un certain capital santé au profit de la figure du/de la médecin tout·e puissant·e cherchant à affirmer *l'Evidence Based Medecine*. C'est l'attitude se rapprochant le plus du modèle de relation dit de négociation.

L'autre attitude est celle des médecins qui avaient à cœur d'affirmer leurs convictions (et croyances), qui utilisaient plutôt un registre guerrier pour décrire leurs attitudes, avec une réelle confrontation pouvant même mener jusqu'à la capitulation se traduisant par une rupture de lien avec le/la patient·e. Au sein de ces consultations sont également décrites des techniques de manipulation se rapprochant d'un jeu théâtral avec l'adhésion du/de la médecin aux croyances du/de la patient·e pour mieux le/la « dé manipuler ». Nous avons constaté qu'il s'agissait majoritairement de médecins ayant ou ayant eu une pratique hospitalière d'urgence ou de réanimation les confrontant, de fait, à une autre réalité que celle de la médecine libérale rurale. Cette attitude-là se rapproche du modèle de relation dit conflictuel.

L'incursion des croyances au sein de la consultation paraissait déstabiliser les médecins dans la « toute puissance » qu'on leur prête parfois et qui provient d'un héritage historique.

Cela pose également la question éthique de la limite de nos soins vis-à-vis de la liberté individuelle des patient·e-s. La crise de la Covid-19 en est un exemple flagrant notamment en ce qui concerne la vaccination : jusqu'où devons-nous ou pouvons-nous aller pour convaincre la population de se faire vacciner, comment respecter pleinement leur liberté de penser en parallèle ?

Les ressentis exprimés montrent à quel point il pouvait être difficile pour certain·e-s médecins d'abandonner ce rôle de « tout·e sachant·e » afin de laisser la place aux croyances des patient·e-s. Cette réciprocité dans le partage des connaissances, permet une amélioration de l'observance thérapeutique et la consolidation du lien de confiance.

De façon plus théorique, les croyances des patient·e-s placent les médecins devant une dissonance entre leur savoir acquis concernant la relation médecin-patient·e et sa difficile mise en pratique lorsque ces croyances paraissent opposées au savoir scientifique.

La prise en charge des patient·e·s emprunt·e·s de croyances se rapproche alors de la prise en charge de certain·e·s patient·e·s migrant·e·s dans l'aspect transculturel et anthropologique, d'où l'intérêt d'une clinique transculturelle.

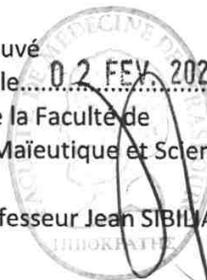
De façon générale, penser et enseigner la relation médecin-patient·e comme une action thérapeutique en tant que telle permet d'intégrer la croyance comme un outil pour explorer les motivations des patient·e·s.

Une initiation aux notions d'anthropologie médicale et de médecine transculturelle ou, à défaut, un travail sur la relation médecin-patient·e via d'autres outils comme les groupes de pairs ou les groupes Balint sembleraient pertinents pour aider les médecins généralistes ruraux à composer avec leurs propres croyances et celles de leur·s patient·e·s et ainsi éviter des ruptures de lien qui s'avèrent dramatiques là où l'offre de soin est déjà cruellement limitée.

VU
Strasbourg, le 31/1/22
Le président du jury de thèse

Professeur *Cille BERTSCH*


VU et approuvé
Strasbourg, le 02 FEB 2022
Le Doyen de la Faculté de
Médecine, Maïeutique et Sciences de la Santé

Professeur Jean SIBILIA


Annexes

Annexe 1 : Grille d'entretien

- Pouvez-vous vous présenter, ainsi que votre pratique ?
- Pouvez-vous me raconter une consultation durant laquelle vous avez été confronté à une ou des croyances chez l'un de vos patient·e·s ?
- Quelle va être votre attitude dans ce genre de consultation ?
- Quelle est/sont votre/vos attitudes par rapport à ces croyances ?
- Comment ces croyances influencent-elles votre prise en charge ?
- Comment jugez-vous la qualité de la relation avec ce type de patient·e ?
- Avez-vous, vous-même, une certaine forme de croyance dans votre pratique ?

Annexe 2 : Schémas de codage des résultats

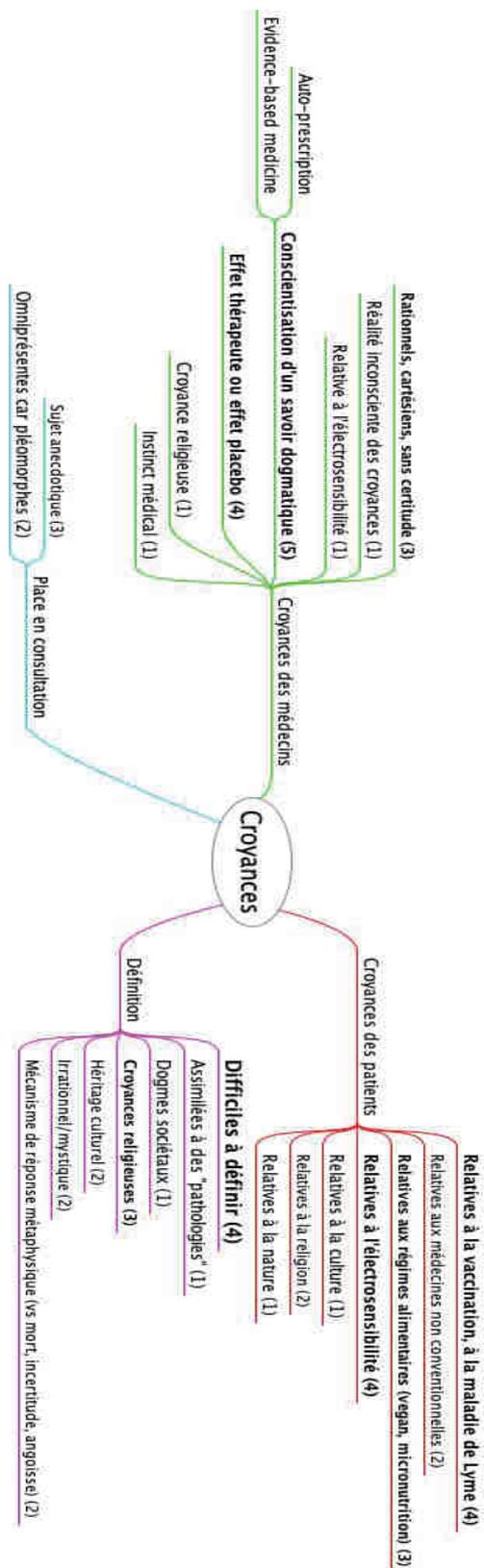
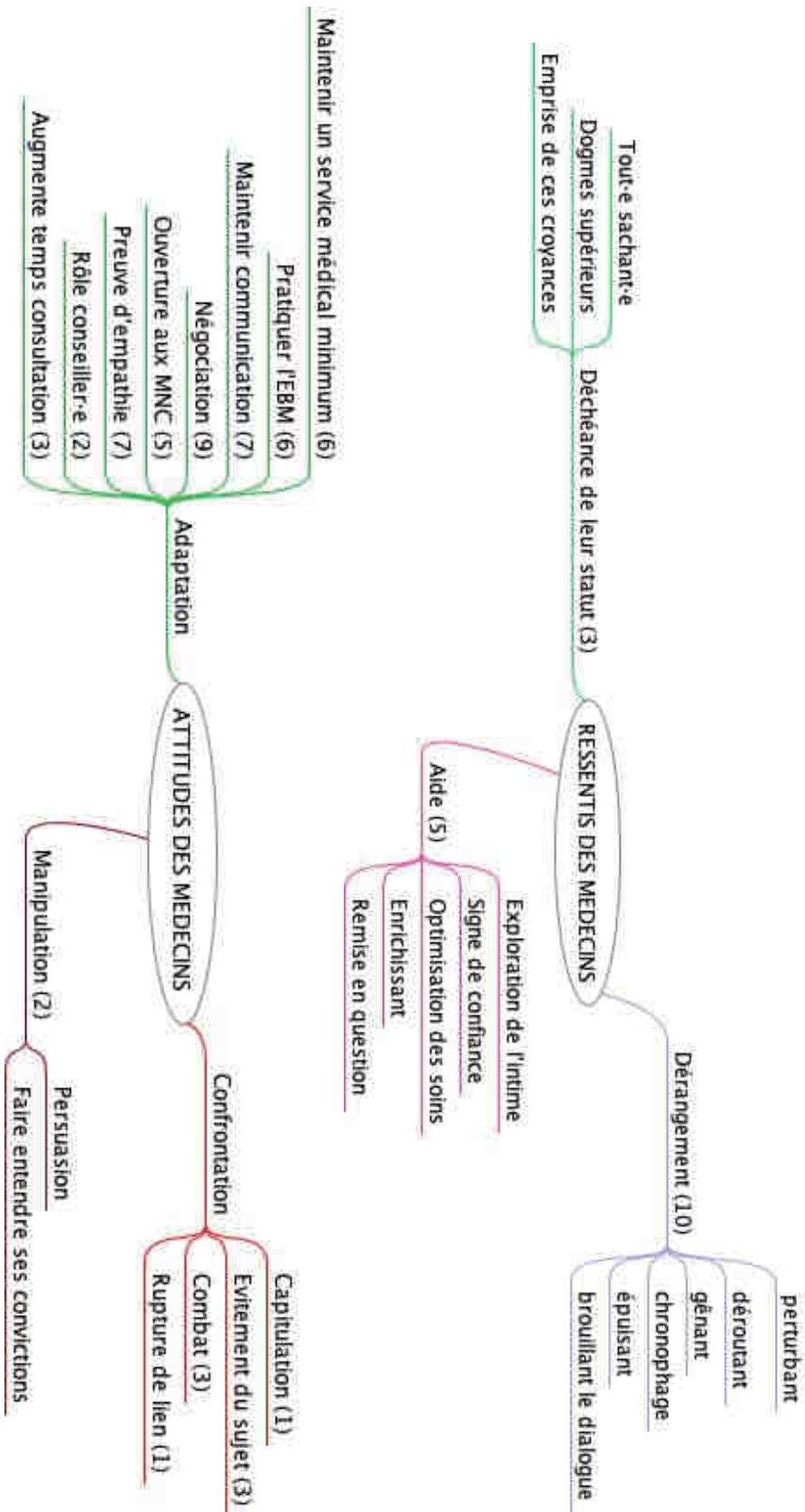


Schéma codage résultats 1



Schémas codage résultats 2

Bibliographie

1. Letourmy Alain, Naïditch Michel. L'émergence de la démocratie sanitaire en France. In: Santé, Société et Solidarité, n°2, 2009. La place des usagers dans le système de santé. pp. 15-22.
2. Gagneux M, Marsico G. l'irruption du citoyen dans la démocratie sanitaire [En ligne] [cité le 01 décembre 2020] Disponible sur : <https://esante.gouv.fr/point-de-vue/democratie-sanitaire>
3. Compagnon L, Bail P, Huez JF et al. Définitions et description des compétences en médecine générale. Exercer ; 2013, 24(108):148-155.
4. Bonnet D. Au-delà du gène et de la culture, Hommes et migrations, numéro spécial : Santé, le traitement de la différence, 1225, 23-38.
5. Bettioui J, Guiguen C. Les croyances populaires sur les vers : du mythe à la réalité : Une enquête en Bretagne. Thèse de médecine. Université de Rennes ; 2010
6. Lacroix S, Lesure J-F. Croyances et pratiques populaires à propos de la santé de l'enfant à l'île de la Réunion. Thèse de médecine. Université de Bordeaux II ; 2000, 128p.
7. Joly P, Taïeb O, Abbal T, Baubet T, Moro MR. Représentations culturelles, itinéraires thérapeutiques et santé mentale infantile en Guadeloupe. La psychiatrie de l'enfant. [En ligne] 2005;48(2):537. [cité le 21 juin 2020] Disponible : <https://www.cairn.info/revue-la-psychiatrie-de-l-enfant-2005-2-page-537.htm>
8. Fonga S, Marmié L. Représentations de la maladie chez des patients hypertendus originaires d'Afrique Noire ayant migré en France. [En ligne]. Thèse de médecine. Université Pierre et Marie Curie, Paris ; 2014, 108p. [cité le 19 juin 2020] Disponible : https://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/fonga_these.pdf
9. Urban M. Vécu, croyances et représentations de santé du patient asthmatique fumeur. Thèse de médecine. Université de Médecine de Nantes ; 2016.
10. Aurélie Simon. Les croyances et les représentations des patients diabétiques de type 2 : une revue de la littérature. [En ligne]. Thèse de médecine. Université de Lorraine, Nancy ; 2017, 54p. [cité le 19 juin 2020] Disponible : <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932182/document>
11. Le Bouteiller C. Perception de l'influence des croyances religieuses dans l'exercice de la médecine générale : Étude qualitative auprès de médecins généralistes croyants. [En ligne]. Thèse de Médecine. Université de Médecine de Lyon; 2017, 117p. [cité le 20 juin 2020] Disponible : <http://n2t.net/ark:/47881/m6sf2v1w>

12. Zemmour R. Discours de la science et discours profane chez les médecins généralistes. Faire avec les croyances de santé à propos du diabète de type 2. [En ligne]. Thèse de Médecine. Université Pierre et Marie Curie, Paris 6 ; 2017, 109p. [cité le 21 juin 2020] Disponible : <http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/zemmour-these.pdf>
13. Marylène Lartin-Florestan. Étude de la place des croyances populaires en consultation de médecine générale à l'île de La Réunion: point de vue des médecins. [En ligne]. Thèse de Médecine Générale. Université de Bordeaux ; 2016, 60p. [cité le 21 juin 2020] Disponible : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01381292/document>
14. Dictionnaire Larousse. [En ligne] [cité le 12 décembre 2020] Disponible : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>
15. Jodelet D. Représentations sociales : un domaine en expansion. [En ligne]. Presses Universitaires de France; 2003 ; Vol. 7e éd. [cité le 20 décembre 2020] Disponible : <https://www.cairn.info/les-representations-sociales--9782130537656-page-45.htm>
16. Lo Monaco G, Lheureux F. Représentations sociales : théorie du noyau central et méthodes d'étude. [En ligne]. Revue Electronique de Psychologie Sociale. 2007;1-55. [cité le 15 décembre 2020] Disponible : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01736607/document>
17. Kalampalikis N. Affronter la complexité : représentations et croyances. [En ligne]. Presses Universitaires de Rennes, pp.229-237, 2006, [cité le 15 décembre 2020] Disponible : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00532846/document>
18. Villani M, Flahault C, Montel S, Sultan S, Bungener C. Proximité des représentations de la maladie chez le malade et ses proches : revue de littérature et illustration clinique. [En ligne] Bulletin de psychologie. 2013; Numéro 528(6):477-87. [cité le 22 décembre 2020] Disponible : <https://www.cairn.info/revue-bulletin-de-psychologie-2013-6-page-477.htm>
19. Moatti JP. La guérison : victoire et défaite du médecin. In : Khayat D, Spire A, eds. Guérir. Paris : Ellipses, 1999. P. 119-133.
20. Cannone P, Dany L, Dudoit E, Duffaud F, Salas S, Favre R. Étude des représentations sociales de la chimiothérapie : une voie d'analyse des relations entre patients et médecins oncologues. [En ligne]. Bull Cancer. 2004 ; 91 : 577-587. [cité le 15 janvier 2021] Disponible : <https://www.iresp.net/wp-content/uploads/2019/01/58-Marie-et-al-2010.pdf>
21. Herzlich C. Santé et maladie : analyse d'une représentation sociale. Paris : EHESS, 1969, 222p.
22. Petrillo G. La psychologie sociale dans le cadre des sciences de la santé : questions et perspectives. In : Petrillo G, ed. Santé et société. Lausanne : Delachaux et Niestlé, 2000. P 13-44.
23. Janz NK, Becker MH. The Health Belief Model: A Decade Later. [En ligne] Health Education Quarterly. 1984;11(1):1-47. [cité le 16 janvier 2021] Disponible : https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/66877/10.1177_109019818401100101.pdf;jsessionid=4532B868F1CE9D52E7DA4170A6B898FB?sequence=2

24. Lebeau J-P. Initiation à la recherche qualitative en santé: le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Puteaux] [Paris: Global média santé CNGE productions; 2021.
25. Mouillie J-M, Lefève C, Visier L. Manuel pour les études médicales. Paris: les Belles lettres; 2007, 667p.
26. Tylor, E B, Primitive culture. New York : Harper; 1958.
27. 44. Larson HJ, de Figueiredo A, Xiahong Z, Schulz WS, Verger P, Johnston IG, et al. The State of Vaccine Confidence 2016: Global Insights Through a 67-Country Survey. EBioMedicine. oct 2016;12:295-301.
28. Ohresser S. La maladie de lyme dans les médias en France : Etude qualitative par observation indirecte des principaux médias français de 2006 à 2017, cas particulier de l'Alsace. Thèse de médecine. Université de Strasbourg ; 2019
29. Couetil G. Quelles sont les raisons du recours aux guérisseurs en Bretagne? [En ligne] Thèse de Médecine. Université de Rennes ; 2018, 42p. [cité le 21 janvier 2021] Disponible : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02145892/document>
30. Laplantine F, Rabeyron P-L, Les médecines parallèles, Presses universitaires de France (réédition numérique FeniXX) ; 2019, 132p.
31. Institut de Relations Internationales et Stratégiques. [En ligne]. Observatoire (Dés)Information et Géopolitique au temps du Covid-19. [cité le 15 avril 2021] Disponible : <https://www.iris-france.org/wp-content/uploads/2021/04/Dossier-Final-Obs-D%C3%A9sinfo-Covid-light.pdf>
32. Barnérias P. HOLD-UP – Retour sur un chaos. [En ligne] [cité le 21 novembre 2021] Disponible : <https://gloria.tv/post/CmHDHDz4SstF3vwt13Qp6738L>
33. Medscape. Sondage : Comment vont les médecins français ? [En ligne] [cité le 8 février 2021] Disponible : <https://français.medscape.com/public/33000118#page=1>
34. D. Benoite, la médecine populaire des poussées dentaires : approches biomédicale anthropologique et psychanalytique. [En ligne]. Thèse d'exercice de Doctorat en Médecine. Angers ; 2010, 97p. [cité le 05 février 2021] Disponible : [https://www.psychanalyse.com/pdf/POUSSEES%20DENTAIRES%20ET%20PSYCHANALYSE%20THESE%20\(98%20Pages%20-%2010.3%20Mo\).pdf](https://www.psychanalyse.com/pdf/POUSSEES%20DENTAIRES%20ET%20PSYCHANALYSE%20THESE%20(98%20Pages%20-%2010.3%20Mo).pdf)
35. Benedetti F., Placebo and the new physiology of the doctor-patient relationship. s.l. : Physiol Rev, 2012.
36. Thiry A-S, Quelle est la perception du « gut feeling » dans la prise de décision par des médecins généralistes exerçant dans le Lot-et-Garonne ? Thèse de Médecine. Université de Bordeaux ; 2016

37. WONCA Europe. La définition européenne de la médecine générale – Médecine de famille [En ligne] Barcelone : OMS ; 2002. [cité le 16 février 2021] Disponible : http://dumg.univ-paris13.fr/IMG/pdf/definition_europeenne_de_la_medecine_generale_-_wonca_2002.pdf
38. Dedienne MC, Hauzanneau P, Labarère J, Moreau A. Relation médecin-malade: qu'attendent les patients ? Investigation par méthode « Focus group ». Rev Prat Med Gen 2003;17 :653-6.
39. Moreau A, Dedienne MC, Hauzanneau P, Labarère J, Terra JL. Attentes et perceptions de la qualité de la relation entre médecins et patients. Etude qualitative par la méthode du focus group. Rev Prat Med Gen 2004 Dec 20;18(674/675) :1495-98.
40. Consoli SM. Relation médecin-malade. EMC référence. 2004;15-35.
41. Vannotti M. L'empathie dans la relation médecin-patient. Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux. 2002;29(2):213.
42. Freidson E, Lyotard-May A, Malamoud C. La Profession médicale. Paris: Payot; 1984, 369p
43. Bouchacourt C. Les patients « heartsink » : la prise en charge de ces patients difficiles en médecine générale. [En ligne]. Thèse de Médecine. Université Paris Diderot ; 2014, 104p. [cité le 12 février 2021] Disponible : http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4715_BOUCHACOURT_these.pdf
44. Buttler CC and Evans M . The « Heartsink » patient revisited. British Journal Of General Practice. Avril 1999 ; 230-2.
45. Picard D, Edmond M. Les conflits relationnels. PUF 2^{ème} édition 2012.
46. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Code de déontologie médicale 2012. [En ligne] [cité le 29 mars 2021] Disponible : <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>
47. Spiro H, Spiro HM. Empathy and the Practice of Medicine: Beyond Pills and the Scalpel. Yale University Press; 1996.
48. Maxwell B, Racine E. Should Empathic Development Be a Priority in Biomedical Ethics Teaching? A Critical Perspective. Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics. 2010 août 18;19(04):433-45.
49. Société Française de médecine générale. Quels apports pour la médecine générale. Sociologie et Anthropologie 2007 ;64 :54p
50. Maerc E, Picard D. Relations et communications interpersonnelles. Dunot ; 2008.

51. Hojat M. Empathy in Patient Care: Antecedents, Development, Measurement, And Outcomes. 1^{er} éd. Springer-Verlag New York Inc.; 2006.
52. Carmel S. Compassionate-empathic physicians: Personality traits and social-organizational factors that enhance or inhibit this behavior pattern. *Social Science & Medicine*. 1996 oct;43(8):1253-61.
53. Lin H-C, Xirasagar S, Laditka JN. Patient perceptions of service quality in group versus solo practice clinics. *Int J Qual Health Care*. 2004 déc 1;16(6):437-45.
54. Buffel C. Déterminants de l'empathie clinique des Médecins Généralistes et de leur pratique. Thèse de Médecine, Université Paris Descartes ; 2012
55. Engel GL. From Biomedical to Biopsychosocial: Being Scientific in the Human Domain. *Psychosomatics* ; 1997, 38(6):521-528.
56. Lévy L. Comment faire un diagnostic de situation. L'approche systémique en médecine générale. *Rev Prat Med Gen* 2004 ; 674/675 : 1482-86.
57. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996 ; 312 : 71-2.
58. Haynes B et al. Clinical expertise in the era of evidence-based medicine and patient choice. *EBMJ notebook* 2002 ; 7, 2 : 36-8.
59. TAGUIEFF, P-A. Court traité de complotologie. Fayard/Mille et une nuits, 2013.
60. Freud S. Cinq psychanalyses. Presses Universitaires de France - PUF; 2010.
61. Maerc E, Picard D. Relations et communications interpersonnelles. Dunot ; 2008.
62. Molley-Massol I. Relation Medecin Malade : Enjeux, pièges et opportunités. DaTaBe Edition 2007.
63. Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Paris : Payot, 2009 : 419p.
64. Salinsky J, Sackin P. Ca va, docteur ? Quand les médecins sont sur la défensive. Edition Sipayat, 2011 : 233 p.
65. Richard C, Lussier MT. La communication professionnelle en santé. ERPI 2005.
66. Heen S, Patton B, Stone D. Comment mener les discussions difficiles. Seuil 2008.
67. J.Hass L, P.Leisser J and al. Management of the difficult patient. *Am Fam Physician*. 2005 15 ;72(10) :2063- 8.

68. Federici L. La prise en charge des patients migrants en médecine générale : soigner mieux en connaissant plus. [En ligne]. Thèse de Médecine. Université Pierre et Marie Curie, Paris ; 2013, 131p. [cité le 12 février 2021] Disponible : <http://cmge-upmc.org/IMG/pdf/federici-these.pdf>
69. Hudelson P. Que peut apporter l'anthropologie médicale à la pratique de la médecine ? [En ligne] Article paru dans la revue Médecine et Hygiène n°2407 d'octobre 2002 [cité le 17 février 2021] Disponible : <https://www.maisonmedicale.org/Que-peut-apporter-l-anthropologie.html>
70. Charon R, Fourreau A. Médecine narrative : rendre hommage aux histoires de maladies. Aniche: Sipayat; 2015.

Attestation sur l'honneur concernant le plagiat



DECLARATION SUR L'HONNEUR

Nom : BEZARD

Prénom : Lisa

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.

Signature originale :

À Sigoyer, le 07/03/22

RÉSUMÉ :

Introduction : La prise en compte de la dimension socio culturelle et des croyances des patient·e·s bien que reconnue comme nécessaire pour une relation médecin-patient·e de qualité peut en pratique s'avérer complexe si les référentiels du/de la médecin et du/de la patient·e divergent. Cette étude qualitative a eu pour objectif de décrire les ressentis et attitudes des médecins généralistes vis-à-vis des croyances de leurs patient·e·s.

Matériels et Méthodes : 10 entretiens semi-dirigés de médecins généralistes exerçant en ruralité ont été réalisés en France métropolitaine en 2020. Ils ont bénéficié d'un double codage et d'une analyse interprétative phénoménologique.

Résultats : Les médecins dressent le portrait de croyances polymorphes qui imprègnent fréquemment les consultations. Sont décrites des attitudes d'écoute, d'échange, de négociation, de diplomatie. Les ressentis sont souvent minimisés afin d'atténuer les confrontations et les frustrations lors de la prise en charge. Il existe en effet par moments de réels conflits d'intérêts entre l'écoute du/de la patient·e, sa prise en charge bio-psycho-sociale et les croyances et convictions défendues par les médecins qui représentent des acteurs de santé publique.

Ces situations mènent soit à une tolérance et une adaptation de la part des médecins, soit à une capitulation qui peut avoir comme conséquence ultime la rupture du lien.

Discussion : Les croyances des patient·e·s placent les médecins devant une dissonance entre leur théorie acquise de la relation médecin-patient·e et sa difficile mise en pratique lorsque ces croyances paraissent opposées au savoir scientifique. Ce partage de connaissances, s'il est efficient, permet une amélioration de l'observance thérapeutique et la consolidation du lien de confiance. La prise en charge des patient·e·s emprunts de croyances se rapproche alors de la prise en charge des patient·e·s migrants dans leur côté transculturel et anthropologique, d'où l'intérêt d'une clinique transculturelle.

Conclusion : Une initiation aux notions d'anthropologie médicale et de médecine transculturelle semblerait pertinente pour aider les médecins généralistes ruraux à composer avec les croyances de leurs patient·e·s et ainsi éviter des ruptures de lien qui s'avèrent dramatiques là où l'offre de soin est déjà cruellement limitée.

Rubrique de classement : **Médecine Générale**

Mots-Clés : **Médecine générale, Ruralité, Croyance, Représentation sociale, Savoir profane, Relation médecin-malade, Anthropologie médicale, Clinique transculturelle**

Président : **Professeur BERTSCHY Gilles**

Assesseur·e·s :

Professeur HANSMANN Yves

Professeure LALANNE Laurence

Docteure FRAIH Élise (Directrice)

Autrice : **BEZARD Lisa**