

SORBONNE UNIVERSITÉ

FACULTE DE MEDECINE SORBONNE UNIVERSITÉ

ANNEE 2018

THÈSE

THESE N°
2018SORUM044

PRESENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT

DE DOCTEUR EN MÉDECINE

SPECIALITÉ : MÉDECINE GÉNÉRALE

Par M^{lle} Mathilde BRICE

Née le 29 août 1989 à Paris

Présentée et soutenue publiquement le 27 septembre 2018

**Perceptions de la « bonne santé » chez des patients
consultant en médecine générale : une étude
phénoménologique interprétative**

DIRECTEUR DE THESE : Docteur Jean-Sébastien CADWALLADER

PRESIDENT DE THESE : Professeur Philippe CORNET

MEMBRES DU JURY : Docteur Emna ZARRAD et Docteur Julie CHASTANG

Remerciements

Je remercie sincèrement le Docteur Jean-Sébastien Cadwallader de son intérêt pour ce travail, son soutien et ses nombreux conseils durant la rédaction de cette thèse. Merci de m'avoir fait découvrir la recherche qualitative et proposé ce sujet.

Je remercie chaleureusement le Pr Cornet de me faire l'honneur de présider le jury de cette thèse et d'avoir été mon tuteur durant ces trois années d'internat.

Je remercie sincèrement les membres du jury pour leur participation et la lecture attentive de ce travail. Merci au Docteur Zarrad pour son enthousiasme et au Docteur Chastang d'avoir accepté de participer au pied levé.

Merci à tous les patients qui ont accepté de m'accorder du temps pour ce travail, ainsi qu'aux médecins généralistes. Merci à Philippe pour son aide.

Merci à mes parents, qui ont toujours cru en moi et qui m'ont soutenue dans tous mes projets. C'est grâce à vous que je suis là aujourd'hui.

Merci à tous mes amis, ceux de toujours, et ceux rencontrés pendant les études de médecine. Mention spéciale à Cristina pour son aide et ses précieux conseils depuis la P1.

À Élise, merci d'avoir accepté de participer à ce travail, tu es la personne la plus courageuse que je connaisse.

À ma cousine Alexandra, acolyte de toujours, avec qui je partage les joies de la médecine générale.

Enfin, un remerciement très spécial pour Julien. Merci d'être à mes côtés et de me soutenir au quotidien. Merci pour ta bonne humeur et pour tous les projets que nous partageons, on est vraiment une super équipe !

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS PRATICIENS HOSPITALIERS
--

1	ACAR	Christophe	Chirurgie thoracique	PITIE SALPETRIERE
2	AIT OUFELLA	Hafid	Réanimation médicale	SAINT ANTOINE
3	ALAMOWITCH	Sonia	Neurologie	SAINT ANTOINE
4	AMARENCO	Gérard	Rééducation fonctionnelle	TENON
5	AMOUR	Julien	Anesthésiologie	PITIE SALPETRIERE
6	AMOURA	Zahir	Médecine interne	PITIE SALPETRIERE
7	AMSELEM	Serge	Génétique	TROUSSEAU
8	ANDRE	Thierry	Hépto Gastro Entérologie	SAINT ANTOINE
9	ANDREELLI	Fabrizio	Endocrinologie	PITIE SALPETRIERE
10	ANTOINE	Jean-Marie	Gynécologie obstétrique	TENON
11	APARTIS	Emmanuelle	Physiologie	SAINT ANTOINE
12	ARLET	Guillaume	Bactériologie	TENON
13	ARNULF	Isabelle	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
14	ARRIVE	Lionel	Radiologie	SAINT ANTOINE
15	ASSOUAD	Jalal	Chirurgie thoracique	TENON
16	ASTAGNEAU	Pascal	Epidémiologie ²	PITIE-SALPETRIERE
17	AUBRY	Alexandra	Bactériologie	PITIE SALPETRIERE
18	AUCOUTURIER	Pierre	Immunologie	SAINT ANTOINE
19	AUDO	Isabelle	Ophthalmologie	CHNO 15/20
20	AUDRY	Georges	Chirurgie viscérale infantile	TROUSSEAU
21	AUTRAN	Brigitte	Immunologie/bio cellulaire	PITIE SALPETRIERE
22	BACHELOT	Anne	Endocrinologie	PITIE SALPETRIERE
23	BALLADUR	Pierre	Chirurgie générale	SAINT ANTOINE
24	BALLESTER	Marcos	Gynécologie Obstétrique	TENON
25	BARBAUD	Annick	Dermatologie	TENON
26	BARROU	Benoît	Urologie	PITIE SALPETRIERE
27	BAUJAT	Bertrand	O.R.L.	TENON
28	BAULAC	Michel	Anatomie/Neurologie	PITIE SALPETRIERE
29	BAUMELOU	Alain	Néphrologie	PITIE SALPETRIERE
30	BAZOT	Marc	Radiologie	TENON
31	BEAUGERIE	Laurent	Gastroentérologie/Nutrition	SAINT ANTOINE
32	BEAUSSIER	Marc	Anesthésiologie/Réanimation	SAINT ANTOINE
33	BELMIN	Joël	Médecine interne/Gériatrie	Charles FOIX
34	BENVENISTE	Olivier	Médecine interne	PITIE SALPETRIERE
35	BERENBAUM	Francis	Rhumatologie	SAINT ANTOINE
36	BERTOLUS	Chloé	Stomatologie	PITIE SALPETRIERE
37	BILLETTE DE VILLEMEUR	Thierry	Neuro pédiatrie	TROUSSEAU
38	BITKER	Marc Olivier	Urologie	PITIE SALPETRIERE
39	BOCCARA	Franck	Cardiologie	SAINT ANTOINE
40	BODAGHI	Bahram	Ophthalmologie	PITIE SALPETRIERE
41	BODDAERT	Jacques	Médecine interne/Gériatrie	PITIE SALPETRIERE
42	BOELLE	Pierre Yves	Bio statistiques	SAINT ANTOINE
43	BOFFA	Jean-Jacques	Néphrologie	TENON
44	BONNET	Francis	Anesthésiologie/Réanimation	TENON
45	BORDERIE	Vincent	Ophthalmologie	CHNO 15/20
46	BOUDGHENE-STAMBOULI	Frank	Radiologie	TENON
47	BRICE	Alexis	Génétique	PITIE SALPETRIERE
48	BROCHERIOU	Isabelle	Anatomie pathologique	PITIE SALPETRIERE
49	BRUCKERT	Eric	Endocrinologie	PITIE SALPETRIERE
50	CACOUB	Patrice	Médecine interne	PITIE SALPETRIERE
51	CADRANEL	Jacques	Pneumologie	TENON

52	CALMUS	Yvon	Bio Cellulaire/Gastro Entérologie	PITIE SALPETRIERE
53	CALVEZ	Vincent	Virologie	PITIE SALPETRIERE
54	CAPRON <i><u>Surnombre</u></i>	Frédérique	Anatomie pathologique	PITIE SALPETRIERE
55	CARBAJAL-SANCHEZ	Diomedes	Pédiatrie	TROUSSEAU
56	CARETTE	Marie-France	Radiologie	TENON
57	CARPENTIER	Alexandre	Neuro chirurgie	PITIE SALPETRIERE
58	CARRAT	Fabrice	Biostatistiques/inf médicale	SAINT ANTOINE
59	CARRIE	Alain	Biochimie	PITIE SALPETRIERE
60	CATALA	Martin	Histologie et Cytologie	PITIE SALPETRIERE
61	CAUMES	Eric	Maladies infectieuses/tropicales	PITIE SALPETRIERE
62	CHABBERT BUFFET	Nathalie	Endocrinologie	TENON
63	CHAMBAZ	Jean	Biologie cellulaire	PITIE SALPETRIERE
64	CHARTIER-KASTLER	Emmanuel	Urologie	PITIE SALPETRIERE
65	CHASTRE <i><u>Surnombre</u></i>	Jean	Réanimation chirurgicale	PITIE SALPETRIERE
66	CHAZOILLERES	Olivier	Hépatologie	SAINT ANTOINE
67	CHERIN	Patrick	Médecine interne	PITIE SALPETRIERE
68	CHICHE	Laurent	Chirurgie vasculaire	PITIE SALPETRIERE
69	CHIRAS <i><u>Surnombre</u></i>	Jacques	Radiologie/Imagerie médicale	PITIE SALPETRIERE
70	CHRISTIN-MAITRE	Sophie	Endocrinologie	SAINT ANTOINE
71	CLEMENT	Annick	Pneumologie	TROUSSEAU
72	CLEMENT-LAUSCH	Karine	Nutrition	PITIE SALPETRIERE
73	CLUZEL	Philippe	Radiologie/Imagerie médicale	PITIE SALPETRIERE
74	COHEN	Aron	Cardiologie	SAINT ANTOINE
75	COHEN	David	Pédo Psychiatrie	PITIE SALPETRIERE
76	COHEN	Laurent	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
77	COLLET	Jean-Philippe	Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
78	COMBES	Alain	Réanimation médicale	PITIE SALPETRIERE
79	CONSTANT	Isabelle	Anesthésiologie/réanimation	TROUSSEAU
80	COPPO	Paul	Hématologie clinique	SAINT ANTOINE
81	CORIAT	Pierre	Anesthésiologie/réanimation	PITIE SALPETRIERE
82	CORNU	Philippe	Neuro chirurgie	PITIE SALPETRIERE
83	CORVOL	Henriette	Pédiatrie	TROUSSEAU
84	CORVOL	Jean-Christophe	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
85	COSNES <i><u>Surnombre</u></i>	Jacques	Gastro Entérologie/Nutrition	SAINT ANTOINE
86	COULOMB	Aurore	Anatomie/cytolo patho	TROUSSEAU
87	CUSSENOT	Olivier	Anatomie/Urologie	TENON
88	DARAI	Emile	Gynécologie obstétrique	TENON
89	DAUTZENBERG <i><u>Surnombre</u></i>	Bertrand	Pneumologie	PITIE SALPETRIERE
90	DAVI	Frédéric	Hématologie biologique	PITIE SALPETRIERE
91	DELATTRE	Jean-Yves	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
92	DELHOMMEAU	François	Hématologie biologique	SAINT ANTOINE
93	DEMOULE	Alexandre	Pneumologie/réanimation	PITIE SALPETRIERE
94	DERAY	Gilbert	Néphrologie	PITIE SALPETRIERE
95	DOMMARGUES	Marc	Gynécologie obstétrique	PITIE SALPETRIERE
96	DORMONT	Didier	Radiologie/imagerie médicale	PITIE SALPETRIERE
97	DOUAY	Luc	Hématologie biologique	TROUSSEAU
98	DOURSOUNIAN	Levon	Chirurgie orthopédique	SAINT ANTOINE
99	DRAY	Xavier	Gastroentérologie	SAINT ANTOINE
100	DUBOIS	Bruno	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
101	DUCOU LE POINTE	Hubert	Radiologie	TROUSSEAU
102	DUGUET	Alexandre	Pneumologie	PITIE SALPETRIERE
103	DUPONT DUFRESNE	Sophie	Anatomie/ Neurologie	PITIE SALPETRIERE
104	DURR	Alexandra	Génétique	PITIE SALPETRIERE
105	DUSSAULE	Jean-Claude	Physiologie	SAINT ANTOINE
106	DUYCKAERTS	Charles	Anatomie/Cytologie pathologique	PITIE SALPETRIERE
107	EL ALAMY	Ismaël	Hématologie biologique	TENON
108	EYMARD	Bruno	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
109	FAIN	Olivier	Médecine interne	SAINT ANTOINE
110	FARTOUKH	Muriel	Pneumologie/Réanimation	TENON

111	FAUTREL	Bruno	Rhumatologie	PITIE SALPETRIERE
112	FERON	Jean-Marc	Chirurgie orthopédique	SAINT ANTOINE
113	FERRE	Pascal	Biochimie/Biologie moléculaire	PITIE SALPETRIERE
114	FEVE	Bruno	Endocrinologie	SAINT ANTOINE
115	FITOUSSI	Franck	Chirurgie infantile	TROUSSEAU
116	FLEJOU	Jean-François	Anatomie pathologique	SAINT ANTOINE
117	FLORENT	Christian	Hépatogastro-Entérologie	SAINT ANTOINE
118	FOIX L'HELIAS	Laurence	Pédiatrie	TROUSSEAU
119	FONTAINE	Bertrand	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
120	FOSSATI	Philippe	Psychiatrie d'adultes	PITIE SALPETRIERE
121	FOURET	Pierre	Anatomie/Cytologie pathologique	PITIE SALPETRIERE
122	FOURNIER	Emmanuel	Physiologie	PITIE SALPETRIERE
123	FRANCES <i><u>Surnombre</u></i>	Camille	Dermatologie	TENON
124	FUNCK- BRENTANO	Christian	Pharmacologie	PITIE SALPETRIERE
125	GALANAUD	Damien	Radiologie et imagerie médicale	PITIE-SALPETRIERE
126	GARBARG CHENON	Antoine	Virologie	TROUSSEAU
127	GIRARD	Pierre Marie	Maladies infectieuses/tropicales	SAINT ANTOINE
128	GIRERD	Xavier	Thérapeutique/Endocrinologie	PITIE SALPETRIERE
129	GLIGOROV	Joseph	Oncologie	TENON
130	GOROCHOV	Guy	Immunologie	PITIE SALPETRIERE
131	GOSSEC	Laure	Rhumatologie	PITIE SALPETRIERE
132	GOUDOT	Patrick	Stomatologie	PITIE SALPETRIERE
133	GRATEAU	Gilles	Médecine interne	TENON
134	GRENIER <i><u>Surnombre</u></i>	Philippe	Radiologie	PITIE SALPETRIERE
135	GRIMPREL	Emmanuel	Urgences pédiatriques	TROUSSEAU
136	GUIDET	Bertrand	Réanimation médicale	SAINT ANTOINE
137	HARTEMANN	Agnès	Endocrinologie	PITIE SALPETRIERE
138	HAROCHE	Julien	Médecine interne	PITIE SALPETRIERE
139	HATEM	Stéphane	Département de Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
140	HAUSFATER	Pierre	Thérapeutique/Médecine d'urgence	PITIE SALPETRIERE
141	HAYMANN	Jean-Philippe	Physiologie	TENON
142	HELFT	Gérard	Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
143	HENNEQUIN	Christophe	Parasitologie	SAINT ANTOINE
144	HERSON <i><u>Surnombre</u></i>	Serge	Médecine interne	PITIE SALPETRIERE
145	HERTIG	Alexandre	Néphrologie	TENON
146	HOANG XUAN	Khê	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
147	HOURY	Sydney	Chirurgie digestive/viscérale	TENON
148	HOUSSET	Chantal	Biologie cellulaire	SAINT ANTOINE
149	HULOT	Jean Sébastien	Pharmacologie	PITIE SALPETRIERE
150	ISNARD-BAGNIS	Corinne	Néphrologie	PITIE SALPETRIERE
151	ISNARD	Richard	Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
152	JARLIER	Vincent	Bactériologie	PITIE SALPETRIERE
153	JOUANNIC	Jean-Marie	Gynécologie obstétrique	TROUSSEAU
154	JOUVENT	Roland	Psychiatrie d'adultes	PITIE SALPETRIERE
155	JUST	Jocelyne	Pédiatrie	TROUSSEAU
156	KALAMARIDES	Michel	Neurochirurgie	PITIE SALPETRIERE
157	KAROUI	Medhi	Chirurgie digestive	PITIE SALPETRIERE
158	KAS	Aurélie	Biophysique/Médecine nucléaire	PITIE SALPETRIERE
159	KATLAMA	Christine	Maladies infectieuses/tropicales	PITIE SALPETRIERE
160	KAYEM	Gilles	Gynécologie-Obstétrique	TROUSSEAU
161	KLATZMANN	David	Immunologie	PITIE SALPETRIERE
162	KOMAJDA <i><u>Surnombre</u></i>	Michel	Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
163	KOSKAS	Fabien	Chirurgie vasculaire	PITIE SALPETRIERE
164	LACAU SAINT GUILY	Jean	ORL	TENON
165	LACAVE	Roger	Histologie et Cytologie	TENON
166	LACORTE	Jean-Marc	Biologie cellulaire	PITIE SALPETRIERE
167	LAMAS	Georges	ORL	PITIE SALPETRIERE
168	LANDMAN-PARKER	Judith	Hématologie/oncologie pédiatriques	TROUSSEAU
169	LANGERON	Olivier	Anesthésiologie	PITIE SALPETRIERE

170	LAPILLONNE	Hélène	Hématologie biologique	TROUSSEAU
171	LAROCHE	Laurent	Ophthalmologie	CHNO 15/20
172	LAZENNEC	Jean-Yves	Anatomie/Chirurgie orthopédique	PITIE SALPETRIERE
173	LE FEUVRE	Claude	Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
174	LE GUERN	Eric	Génétique	PITIE SALPETRIERE
175	LE HOANG	Phuc	Ophthalmologie	PITIE SALPETRIERE
176	LEBLOND	Véronique	Hématologie clinique	PITIE SALPETRIERE
177	LEENHARDT	Laurence	Endocrinologie/Médecine Nucléaire	PITIE SALPETRIERE
178	LEFEVRE	Jérémie	Chirurgie générale	SAINT ANTOINE
179	LEGRAND	Ollivier	Hématologie clinique	SAINT ANTOINE
180	LEHERICY	Stéphane	Radiologie/imagerie médicale	PITIE SALPETRIERE
181	LEMOINE	François	Immunologie	PITIE SALPETRIERE
182	LEPRINCE	Pascal	Chirurgie thoracique	PITIE SALPETRIERE
183	LESCOT	Thomas	Anesthésiologie/réanimation	SAINT ANTOINE
184	LETAVERNIER	Emmanuel	Physiologie	TENON
185	LEVERGER	Guy	Hématologie/oncologie pédiatriques	TROUSSEAU
186	LEVY	Rachel	Histologie et Cytologie	TENON
187	LEVY	Richard	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
188	LOTZ	Jean-Pierre	Oncologie médicale	TENON
189	LUBETZKI	Catherine	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
190	LUCIDARME	Olivier	Radiologie	PITIE SALPETRIERE
191	LUYT	Charles	Réanimation médicale	PITIE SALPETRIERE
192	MAINGON	Philippe	Radiothérapie	PITIE SALPETRIERE
193	MARCELIN	Anne Geneviève	Bactériologie	PITIE SALPETRIERE
194	MARIANI	Jean	Biologie cellulaire/médecine interne	Charles FOIX
195	MARTEAU	Philippe	Gastroentérologie	SAINT ANTOINE
196	MASQUELET	Alain Charles	Chirurgie Orthopédique	SAINT ANTOINE
197	MAURY	Eric	Réanimation médicale	SAINT ANTOINE
198	MAZERON	Jean-Jacques	Radiothérapie	PITIE SALPETRIERE
199	MAZIER	Dominique	Parasitologie	PITIE SALPETRIERE
200	MENEGAUX	Fabrice	Chirurgie générale	PITIE SALPETRIERE
201	MENU	Yves	Radiologie	SAINT ANTOINE
202	MEYOHAS	Marie Caroline	Maladies infectieuses/tropicales	SAINT ANTOINE
203	MILLET	Bruno	Psychiatrie d'adultes	PITIE SALPETRIERE
204	MITANCHEZ	Delphine	Néonatalogie	TROUSSEAU
205	MOHTY	Mohamad	Hématologie clinique	SAINT ANTOINE
206	MONTALESCOT	Gilles	Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
207	MONTRAVERS	Françoise	Biophysique/Médecine nucléaire	TENON
208	MOZER	Pierre	Urologie	PITIE SALPETRIERE
209	NACCACHE	Lionel	Physiologie	PITIE SALPETRIERE
210	NAVARRO	Vincent	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
211	NETCHINE	Irène	Physiologie	TROUSSEAU
212	NGUYEN KHAC	Florence	Hématologie biologique	PITIE SALPETRIERE
213	NGUYEN QUOC	Stéphanie	Hématologie clinique	PITIE SALPETRIERE
214	NIZARD	Jacky	Gynécologie – Obstétrique	PITIE SALPETRIERE
215	OPPERT	Jean-Michel	Nutrition	PITIE SALPETRIERE
216	PAQUES	Michel	Ophthalmologie	CHO 15/20
217	PARC	Yann	Chirurgie digestive	SAINT ANTOINE
218	PASCAL-MOUSSELLARD	Hugues	Chirurgie orthopédique	PITIE SALPETRIERE
219	PATERON	Dominique	Thérapeutique/accueil des urgences	SAINT ANTOINE
220	PAUTAS	Eric	Gériatrie	Charles FOIX
221	PAYE	François	Chirurgie générale/digestive	SAINT ANTOINE
222	PERETTI	Charles	Psychiatrie d'Adultes	SAINT ANTOINE
223	PERIE	Sophie	ORL	TENON
224	PETIT	Arnaud	Pédiatrie	TROUSSEAU
225	PIALOUX	Gilles	Maladies infectieuses/tropicales	TENON
226	PLAISIER	Emmanuelle	Néphrologie	TENON
227	POIROT	Catherine	Cytologie et Histologie	
228	POITOU-BERNERT	Christine	Nutrition	PITIE SALPETRIERE

229	POYNARD	<u>Surnombre</u>	Thierry	Hépatogastroentérologie	PITIE SALPETRIERE
230	PRADAT		Pascale	Rééducation fonctionnelle	PITIE SALPETRIERE
231	PUYBASSET		Louis	Anesthésiologie/Réanimation	PITIE SALPETRIERE
232	RATIU		Vlad	Hépatogastroentérologie	PITIE SALPETRIERE
233	RAUX		Mathieu	Anesthésiologie/réanimation	PITIE SALPETRIERE
234	RAY		Patrick	Réanimation/Médecine Urgence	TENON
235	REDHEUIL		Alban	Radiologie	PITIE SALPETRIERE
236	RIOU		Bruno	Urgences médico chirurgicales	PITIE SALPETRIERE
237	ROBAIN		Gilberte	Rééducation fonctionnelle	ROTHSCHILD
238	ROBERT		Jérôme	Bactériologie	PITIE SALPETRIERE
239	RODRIGUEZ		Diana	Neurone pédiatrie	TROUSSEAU
240	RONCO		Pierre Marie	Néphrologie / Dialyse	TENON
241	RONDEAU		Eric	Néphrologie	TENON
242	ROSMORDUC		Olivier	Hépatogastroentérologie	SAINT ANTOINE
243	ROUGER		Philippe	Hématologie	INTS
244	ROUPRET		Morgan	Urologie	PITIE SALPETRIERE
245	ROZE		Emmanuel	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
246	SAHEL		José-Alain	Ophthalmologie	CHNO 15/20
247	SAMSON		Yves	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
248	SANSON		Marc	Histologie/Neurologie	PITIE SALPETRIERE
249	SARI ALI		El Hadi	Chirurgie orthopédique	PITIE SALPETRIERE
250	SAUTET		Alain	Chirurgie orthopédique	SAINT ANTOINE
251	SCATTON		Olivier	Chirurgie Hépatobiliaire	PITIE SALPETRIERE
252	SEILHEAN		Danielle	Anatomie pathologique	PITIE SALPETRIERE
253	SEKSIK		Philippe	Hépatogastroentérologie	SAINT ANTOINE
254	SELLAM		Jérémie	Rhumatologie	SAINT ANTOINE
255	SEZEUR		Alain	Chirurgie générale	DIACONESSES
256	SIFFROI		Jean-Pierre	Génétique	TROUSSEAU
257	SIMILOWSKI		Thomas	Pneumologie	PITIE SALPETRIERE
258	SIMON		Tabassome	Pharmacologie clinique	SAINT ANTOINE
259	SOKOL		Harry	Gastroentérologie	SAINT ANTOINE
260	SOUBRIER		Florent	Génétique	PITIE SALPETRIERE
261	SPANO		Jean-Philippe	Oncologie médicale	PITIE SALPETRIERE
262	STANKOFF		Bruno	Neurologie	SAINT ANTOINE
263	STEICHEN		Olivier	Urgences médico chirurgicales	TENON
264	STERKERS		Olivier	ORL	PITIE SALPETRIERE
265	STRAUS		Christian	Physiologie	PITIE SALPETRIERE
266	SVRCEK		Magali	Anatomie pathologique	SAINT ANTOINE
267	TALBOT		Jean-Noël	Médecine nucléaire	TENON
268	TANKERE		Frédéric	ORL	PITIE SALPETRIERE
269	THABUT		Dominique	Hépatogastroentérologie	PITIE SALPETRIERE
270	THOMAS	<u>Surnombre</u>	Guy	Médecine légale/Psy d'adultes	SAINT ANTOINE
271	THOMASSIN-NAGGARA		Isabelle	Radiologie	TENON
272	THOUMIE		Philippe	Rééducation fonctionnelle	ROTHSCHILD
273	TIRET	<u>Surnombre</u>	Emmanuel	Chirurgie générale/digestive	SAINT ANTOINE
274	TOUBOUL		Emmanuel	Radiothérapie	TENON
275	TOUNIAN		Patrick	Gastroentérologie/nutrition	TROUSSEAU
276	TOURAINÉ		Philippe	Endocrinologie	PITIE SALPETRIERE
277	TRAXER		Olivier	Urologie	TENON
278	TRESALLET		Christophe	Chirurgie générale	PITIE SALPETRIERE
279	TRUGNAN		Germain	Biochimie	SAINT ANTOINE
280	TUBACH		Florence	Biostatistiques/inf médicale	PITIE SALPETRIERE
281	ULINSKI		Tim	Pédiatrie	TROUSSEAU
282	UZAN		Catherine	Chirurgie générale/Gynécologie	PITIE SALPETRIERE
283	VAILLANT		Jean-Christophe	Chirurgie générale	PITIE SALPETRIERE
284	VERNY		Marc	Médecine interne/Gériatrie	PITIE SALPETRIERE
285	VIALLE		Raphaël	Chirurgie infantile	TROUSSEAU
286	VIDAILHET		Marie José	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
287	VIGOUROUX		Corinne	Biologie cellulaire	SAINT ANTOINE

288 WALTI
289 WENDUM
290 WISLEZ

Hervé
Dominique
Marie

Pédiatrie / Néo natalité
Anatomie pathologique
Pneumologie

TROUSSEAU
SAINT ANTOINE
TENON

MEDECINE GENERALE

MAGNIER
CORNET (surnombre)

Anne-Marie
Philippe

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS

1	ALLENBACH <u>Stagiaire</u>	Yves	Médecine interne	PITIE SALPETRIERE
2	AMIEL	Corinne	Virologie	TENON
3	ARON WISNEWSKY	Judith	Nutrition	PITIE SALPETRIERE
4	ATLAN	Michael	Chirurgie reconstructrice	TENON
5	AUBART COHEN	Fleur	Médecine interne	PITIE SALPETRIERE
6	BACHET	Jean-Baptiste	Hépto Gastro Entérologie	PITIE SALPETRIERE
7	BACHY <u>Stagiaire</u>	Manon	Chirurgie infantile	TROUSSEAU
8	BARBU	Véronique	Biochimie	SAINT ANTOINE
9	BELLANNE-CHANTELOT	Christine	Génétique	PITIE SALPETRIERE
10	BELLOCQ	Agnès	Physiologie/Explo fonctionnelle	PITIE SALPETRIERE
11	BENOLIEL	Jean-Jacques	Biochimie	PITIE SALPETRIERE
12	BENSIMON	Gilbert	Pharmacologie	PITIE SALPETRIERE
13	BERLIN	Ivan	Pharmacologie	PITIE SALPETRIERE
14	BIELLE <u>Stagiaire</u>	Franck	Anatomie pathologique	PITIE SALPETRIERE
15	BILHOU-NABERA	Chrystèle	Génétique	SAINT ANTOINE
16	BIOUR	Michel	Pharmacologie	SAINT ANTOINE
17	BLONDIAUX	Eléonore	Radiologie	TROUSSEAU
18	BOISSAN	Matthieu	Biologie cellulaire	TENON
19	BOUHERAOUA <u>Stagiaire</u>	Nacim	Ophtalmologie	15/20
20	BOULE	Michèle	Physiologie	TROUSSEAU
21	BOURRON	Olivier	Endocrinologie	PITIE SALPETRIERE
22	BOUTOLLEAU	David	Virologie	PITIE SALPETRIERE
23	BRIOUDE	Frédéric	Physiologie	TROUSSEAU
24	BRISOT <u>Stagiaire</u>	Eolia	Hématologie clinique	SAINT ANTOINE
25	BUOB	David	Anatomie pathologique	TENON
26	BURREL	Sonia	Virologie	PITIE SALPETRIERE
27	CANLORBE <u>Stagiaire</u>	Geoffroy	Chirurgie /Gynécologie	PITIE SALPETRIERE
28	CERVERA	Pascale	Anatomie pathologique	SAINT ANTOINE
29	CHAPIRO	Elise	Hématologie biologique	PITIE SALPETRIERE
30	CHAPPUY	Hélène	Pédiatrie	TROUSSEAU
31	CHARLOTTE	Frédéric	Anatomie pathologique	PITIE SALPETRIERE
32	CLARENCON	Frédéric	Radiologie et imagerie médicale	PITIE SALPETRIERE
33	COMPERAT	Eva Maria	Anatomie pathologique	TENON
34	CONTI-MOLLO	Filomena	Bio cellulaire Chirurgie hépatique	PITIE SALPETRIERE
35	COTE	Jean-François	Anatomie pathologique	PITIE SALPETRIERE
36	COULET	Florence	Génétique	PITIE SALPETRIERE
37	COUVERT	Philippe	Biochimie	PITIE SALPETRIERE
38	DANZIGER	Nicolas	Physiologie	PITIE SALPETRIERE
39	DECRE	Dominique	Bactériologie virologie	SAINT ANTOINE
40	DEGOS	Vincent	Anesthésiologie Réanimation	PITIE SALPETRIERE
41	DUPONT <u>Stagiaire</u>	Charlotte	Biologie de la reproduction	TENON
42	ECKERT <u>Stagiaire</u>	Catherine	Virologie	SAINT ANTOINE
43	ERRERA	Marie-Hélène	Ophtalmologie	CHNO 15/20
44	ESCUDIER	Estelle	Histologie/Génétique	TROUSSEAU
45	FAJAC-CALVET	Anne	Histologie Embryologie	TENON
46	FEKKAR	Arnaud	Parasitologie	PITIE SALPETRIERE
47	FERRERI	Florian	Psychiatrie Adultes	SAINT ANTOINE
48	FREUND	Yonathan	Médecine d'Urgences	PITIE SALPETRIERE
49	GANDJBAKHCH <u>Stagiaire</u>	Estelle	Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
50	GARDERET	Laurent	Hématologie	SAINT ANTOINE
51	GAURA-SCHMIDT	Véronique	Biophysique	TENON
52	GAY	Frederick	Parasitologie	PITIE SALPETRIERE
53	GAYMARD	Bertrand	Physiologie	PITIE SALPETRIERE

54	GEORGIN LAVIALLE	Sophie	Médecine interne	TENON
55	GEROTZIAFAS	Grigoris	Hématologie clinique	TENON
56	GIRAL	Philippe	Endocrinologie/Métabolisme	PITIE SALPETRIERE
57	GOZLAN	Joël	Bactériologie Virologie	SAINT ANTOINE
58	GUIHOT THEVENIN	Amélie	Immunologie	PITIE SALPETRIERE
59	GUITARD	Juliette	Parasitologie	SAINT ANTOINE
60	HABERT	Marie-Odile	Biophysique/Méd. Nucléaire	PITIE SALPETRIERE
61	HUBERFELD	Gilles	Physiologie	PITIE SALPETRIERE
62	HYON	Capucine	Histologie Embryologie	TROUSSEAU
63	ID BAIH	Ahmed	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
64	IRTAN	Sabine	Chirurgie infantile	TROUSSEAU
65	JERU	Isabelle	Génétique	SAINT ANTOINE
66	JOHANET	Catherine	Immunologie	SAINT ANTOINE
67	JOYE	Nicole	Génétique	SAINT ANTOINE
68	KARACHI AGID	Carine	Neurochirurgie	PITIE SALPETRIERE
69	KIFFEL	Thierry	Biophysique/Méd. Nucléaire	TENON
70	KINUGAWA-BOURRON	Kiyoka	Médecine interne/Gériatrie	Charles FOIX
71	LACOMBE	Karine	Maladies Infectieuses	SAINT ANTOINE
72	LACOMBLEZ	Lucette	Pharmacologie	PITIE SALPETRIERE
73	LAFUENTE	Carmelo	Médecine interne/Gériatrie	Charles FOIX
74	LAMAZIERE	Antonin	Biochimie	SAINT ANTOINE
75	LAMBERT-NICLOT <u>Stagiaire</u>	Sidonie	Bactériologie	SAINT ANTOINE
76	LAPIDUS	Nathanaël	Biostatistiques/ informatique médicale	SAINT ANTOINE
77	LASCOLS	Olivier	Biologie cellulaire	SAINT ANTOINE
78	LAUNOIS-ROLLINAT	Sandrine	Physiologie	SAINT ANTOINE
79	LAURENT	Claudine	Pédopsychiatrie	PITIE SALPETRIERE
80	LAVENEZIANA	Pierantonio	Physiologie	PITIE SALPETRIERE
81	LE BIHAN	Johanne	Biochimie	PITIE SALPETRIERE
82	LEBRETON	Guillaume	Chirurgie thoracique	PITIE SALPETRIERE
83	LUSSEY-LEPOUTRE <u>Stagiaire</u>	Charlotte	Biophysique/Méd. Nucléaire	PITIE SALPETRIERE
84	MAKSUD	Philippe	Biophysique/Méd. Nucléaire	PITIE SALPETRIERE
85	MEKINIAN	Arsène	Médecine interne	SAINT ANTOINE
86	MESNARD	Laurent	Néphrologie	TENON
87	MOCHEL	Fanny	Génétique	PITIE SALPETRIERE
88	MOHAND-SAID	Saddek	Ophtalmologie	CHNO 15/20
89	MORAND	Laurence	Bactériologie virologie	SAINT ANTOINE
90	MORENO-SABATER	Alicia	Parasitologie	SAINT ANTOINE
91	NAVA <u>Stagiaire</u>	Caroline	Génétique	PITIE SALPETRIERE
92	NGUYEN <u>Stagiaire</u>	Yann	O.R.L.	PITIE SALPETRIERE
93	PEYRE	Matthieu	Neurochirurgie	PITIE SALPETRIERE
94	PLU	Isabelle	Médecine légale	PITIE SALPETRIERE
95	POIRIER	Jean-Marie	Pharmacologie clinique	PITIE SALPETRIERE
96	POURCHER	Valérie	Maladies infectieuses/tropicales	PITIE SALPETRIERE
97	QUESNEL	Christophe	Anesthésiologie	TENON
98	RAINTEAU	Dominique	Biologie cellulaire	PITIE SALPETRIERE
99	REDOLFI	Stefania	Pneumologie	PITIE SALPETRIERE
100	RENARD-PENNA <u>Stagiaire</u>	Raphaële	Radiologie et imagerie médicale	TENON
101	ROOS-WEIL <u>Stagiaire</u>	Damien	Hématologie clinique	PITIE SALPETRIERE
102	ROSENBAUM <u>Stagiaire</u>	David	Thérapeutique/Endocrinologie	PITIE SALPETRIERE
103	ROSENHEIM	Michel	Epidémiologie/Santé publique	PITIE SALPETRIERE
104	ROSENZWAJG	Michelle	Immunologie	PITIE SALPETRIERE
105	ROSSO	Charlotte	Urgences cérébro vasculaires	PITIE SALPETRIERE
106	ROUSSEAU	Géraldine	Chirurgie générale	PITIE SALPETRIERE
107	SAADOUN	David	Médecine interne	PITIE-SALPETRIERE
108	SCHMIDT <u>Stagiaire</u>	Mathieu	Réanimation médicale	PITIE SALPETRIERE
109	SCHNURIGER	Aurélie	Bactériologie-Virologie	TROUSSEAU
110	SEROUSSI FREDEAU	Brigitte	Santé Publique	TENON
111	SERVAIS	Laurent	Chirurgie orthopédique pédiatrie	TROUSSEAU
112	SILVAIN	Johanne	Département de Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
113	SORIA	Angèle	Dermatologie/Allergologie	TENON
114	SOUGAKOFF	Wladimir	Bactériologie	PITIE SALPETRIERE
115	SOUSSAN	Patrick	Virologie	TENON

116	TANKOVIC	Jacques	Bactériologie virologie	SAINT ANTOINE
117	TEZENAS DU MONTCEL	Sophie	Biostatistiques/ informatique médicale	PITIE SALPETRIERE
118	THELLIER	Marc	Parasitologie	PITIE SALPETRIERE
119	TISSIER-RIBLE	Frédérique	Anatomie pathologique	PITIE SALPETRIERE
120	TOUITOU	Valérie	Ophthalmologie	PITIE SALPETRIERE
121	TOURRET	Jérôme	Néphrologie	PITIE SALPETRIERE
122	VATIER	Camille	Biologie cellulaire	SAINT ANTOINE
123	VAYLET	Claire	Biophysique/Méd. Nucléaire	TROUSSEAU
124	VEZIRIS	Nicolas	Bactériologie	PITIE SALPETRIERE
125	VIMONT BILLARANT	Sophie	Bactériologie	TENON
126	WAGNER <u>Stagiaire</u>	Mathilde	Radiologie et imagerie médicale	PITIE SALPETRIERE
127	YORDANOV <u>Stagiaire</u>	Youri	Thérapeutique/Médecine d'urgences	TENON

MEDECINE GENERALE

IBANEZ	Gladys
CADWALLADER	Jean-Sébastien

Résumé

Contexte : Dans une médecine de plus en plus technique, mieux prendre en compte la santé perçue et la notion de bonne santé selon les patients apparaît fondamental. Si le lien entre gradient social et état de santé réel a déjà été décrit, de nombreux autres facteurs ont un impact sur la santé perçue et ne sont pas forcément connus des médecins généralistes.

Problématique : Quels sont les facteurs qui influencent le sentiment de bonne santé des patients consultant en médecine générale ? Existe-il une différence selon le gradient social ?

Méthodes : Étude qualitative selon une approche phénoménologique interprétative. Échantillonnage raisonné à variation maximale. Entretiens individuels compréhensifs auprès de 13 patients dans 5 cabinets de médecine générale d'Île-de-France.

Résultats : Plusieurs facteurs influençaient la santé perçue des patients. L'impact de la santé sur la vie quotidienne, le sentiment de bonheur en lien avec la richesse des relations sociales, les déterminants de santé en rapport avec le gradient social et la qualité de la relation médecin-malade avec un sentiment d'intimité partagée.

Le médecin généraliste disposait de moyens pour les prendre en compte : utiliser des échelles de qualité de vie, s'enquérir de la situation sociale en termes de relations sociales et de sentiment de bonheur, utiliser des scores de précarité et identifier les déterminants de santé conduisant à une mauvaise santé perçue.

Conclusion : Il paraît indispensable de relever ces éléments en consultation, au même titre que les antécédents biomédicaux, afin d'améliorer la prise en charge et le sentiment de bonne santé perçue et réelle des patients.

Mots-clés

Santé perçue ; inégalités sociales de santé ; gradient social ; soins primaires ; étude qualitative ; rôle du médecin généraliste ; relation médecin-malade

Table des matières

Résumé.....	12
Abréviations	15
Introduction.....	16
Objectif.....	19
Matériel et méthode.....	19
1) Type d'étude.....	19
1. Méthode qualitative	19
2. IPA.....	19
2) Population étudiée	20
1. Critères requis pour une recherche qualitative	20
2. Choix de l'échantillon et échantillonnage	21
3. Méthode de recrutement des patients.....	21
3) Entretien.....	22
1. Définition.....	22
2. Déroulement	22
3. Guide d'entretien	22
4) Méthode d'analyse des données	23
1. Retranscription.....	23
2. Codage.....	23
3. CPP.....	24
Résultats.....	25
1) Données générales.....	25
1. Caractéristiques des entretiens	25
2. Caractéristiques des participants.....	26
3. Caractéristiques des médecins.....	28
2) Résultats factuels, entretien par entretien.....	29
Discussion.....	76
1) Présentation des principaux résultats.....	76
1. Le bonheur	76
2. L'intimité avec le médecin généraliste.....	79
3. Les inégalités sociales de santé.....	83
4. Les déterminants de santé : l'influence de la vie quotidienne sur la santé et rôle dans les ISS	87

5. L'influence de la santé sur la vie quotidienne : concept de qualité de vie	90
2) Proposition de modèles	93
3) Validité des résultats	95
1. Critères de fiabilité et de validation	95
2. Validité interne	95
3. Validité externe	95
4. Forces de l'étude	96
5. Faiblesses de l'étude	96
4) Vécu de l'entretien	97
5) Apports de l'étude et perspectives pour la médecine générale	97
1. Les compétences relationnelles	97
2. L'empathie	98
3. L'aspect narratif de la consultation	99
4. Lien avec le gradient social	100
Conclusion	101
Bibliographie	102
Annexes	108
1) Canevas d'entretien	108
2) Questionnaire participant	109
3) Questionnaire médecin	111
4) Caractéristiques complètes des patients	112
5) Caractéristiques complètes des médecins	114
6) Exemple d'entretien	116
7) Formulaire d'information et déclaration de non-opposition	135
8) Autorisations éthiques	136
9) Serment d'Hippocrate	137

Abréviations

AAH	Allocation Adulte Handicapé
AMC	Assurance Maladie Complémentaire
AMO	Assurance Maladie Obligatoire
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (nouvellement HAS)
ANSM	Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
BEH	Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire
CPP	Comité de Protection des personnes
COREQ	Consolidated criteria for reporting qualitative research
DRESS	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
EPIC	European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition
HAS	Haute Autorité de Santé
HCSP	Haut Conseil de la Santé Publique
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
IPA	Interpretative Phenomenological Analysis (Analyse Interprétative Phénoménologique)
ISS	Inégalités Sociales de Santé
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MT	Médecin Traitant
MG	Médecin Généraliste
NEBM	Narrative Evidence-Based Medicine
NEJM	New England Journal of Medicine
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PEC	Prise en charge
PNNS	Programme National Nutrition Santé
PROs	Patient-Reported Outcomes
RO	Renouvellement d'ordonnance
SASPAS	Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé
SIRS	Santé Inégalités et Ruptures Sociales
WONCA	World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (Société Européenne de médecine générale - médecine de famille).

Introduction

Contexte

Le sentiment de bonne santé ressenti par un patient, est un critère majeur du résultat de la prise en charge par son médecin généraliste. Cette prise en charge, adaptée à chaque patient, de par les capacités diagnostiques, thérapeutiques, ou d'écoute du médecin va améliorer le lien entre le médecin et malade, son observance thérapeutique et de manière plus globale, son état de santé.

La santé est définie par l'OMS comme un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité (1).

L'état de santé d'une population peut être étudiée de façon objective, par la mesure de la santé réelle, et de façon subjective, par les patients eux-mêmes, par la mesure de la santé perçue.

Les indicateurs de santé perçue ne rendent pas forcément bien compte de la santé réelle (c'est-à-dire de l'espérance de vie) ; ils révèlent l'expérience qu'en font les personnes interrogées (2). La santé perçue permet de détecter des problèmes de santé rencontrés par certains groupes de la population, ce qui n'est pas possible via les registres de maladies ou des statistiques hospitalières qui répertorient les événements sans identifier la population à risque concernée (3). Ainsi, la définition de la bonne santé de l'OMS ne prend pas en compte les différences qui existent entre la santé perçue des patients et leur santé réelle. Chacun a donc une idée de la santé qui lui est propre et qui varie en fonction du parcours de vie (4).

De plus, il existe des déterminants sociaux qui vont influencer directement l'état de santé des personnes, sans être nécessairement en lien avec la médecine. On peut les intégrer dans les inégalités sociales de santé. Elles se traduisent par exemple, par une différence d'espérance de vie de 7 ans, entre les ouvriers et les cadres supérieurs âgés de 35 ans, alors que ces deux catégories bénéficient d'un emploi, d'un logement et d'une insertion sociale (5).

Ces inégalités sociales sont plus importantes en France que dans d'autres pays d'Europe, et elles ont tendance à s'accroître ces dernières années (5). Malgré un système de santé considéré comme l'un des plus performants au monde (6), la France se situait en 2006 dans le bas du classement européen pour plusieurs indicateurs d'inégalités sociales de santé (7).

La différence entre état de santé réel et état de santé perçue tient donc dans les attentes que les patients pensent pouvoir légitimement nourrir à l'endroit de leur santé, compte tenu de différents facteurs (par exemple le milieu social, l'âge, la catégorie socio-professionnelle etc.)

Elle met en effet en évidence les cadres sociaux qui déterminent les jugements que chacun porte sur son état de santé, jugements qui après coup ne sont pas sans incidence sur les comportements que chacun adopte pour améliorer ou conserver sa santé (2).

Il faut souligner que la réduction de ces inégalités est un enjeu majeur de santé publique, via la promotion de la santé, le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire (8).

Problématique

Comment les médecins généralistes peuvent-ils contribuer à améliorer la bonne santé ou la réduction des inégalités sociales de santé en France ?

La société européenne de médecine générale a défini les caractéristiques essentielles de la médecine générale. C'est une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques. C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires (9). Elle offre une réponse ambulatoire adaptée au patient, que ce soit au stade initial ou évolué des pathologies.

Le carré de White confirmait cette définition et montrait que la majorité des demandes de soins des patients le sont en soins primaires (10).

Les différentes missions du médecin généraliste sont décrites dans le code de la santé publique (11).

Appréhender ce que le patient attend d'un « bon » médecin permettrait donc de favoriser la relation médecin-malade et in fine la bonne santé. Mais la notion de bonne santé pour le médecin et pour le malade est différente ; Quels sont les facteurs influençant la bonne santé chez les patients consultant en médecine générale ? Quelles sont les attentes des patients concernant la prise en charge de la bonne santé par leurs médecins généralistes ?

Comme on peut le voir via ses définitions, la notion de « bon médecin » varie en fonction du point de vue auquel on se place : du point de vue de la société, du conseil de l'ordre des

médecins, de celui du code de la santé publique ou encore de la sécurité sociale. Plusieurs études ont déjà tenté de répondre à cette question en se plaçant à différents points de vue : celui des patients (12–14), d'étudiants en médecine (15–17) ou encore des médecins (18,19). Les étudiants en médecine avaient une vision du bon médecin tournée vers le relationnel et l'éthique (17), tandis que les médecins avaient une vision plus médicotechnique (20). Le point de vue des patients concernant les déterminants du bon médecin variait en fonction des études (14), plaçant soit les compétences médicales en premier (20), soit les compétences relationnelles (12).

La très grande majorité de ces études sont des études quantitatives, réalisées à l'aide de grilles et de scores diverses, mais qu'en est-il du ressenti premier des patients ? Correspond-il à ces critères préétablis ?

Question de recherche

Quels sont les facteurs influençant le sentiment de bonne santé des patients consultant en médecine générale ? Comment le médecin généraliste peut-il améliorer la santé perçue de ses patients ?

Objectif

L'objectif principal de cette étude était de définir les perceptions de la bonne santé des patients consultant en soins primaires.

Les objectifs secondaires étaient de définir le rôle du médecin généraliste dans le sentiment de bonne prise en charge dans la maladie et d'aborder les différences qui existaient dans ce sentiment de bonne santé selon le gradient social.

Matériel et méthode

1) Type d'étude

1. Méthode qualitative

La pratique de la médecine en soins primaires est complexe, et nécessite d'avoir plusieurs méthodes de recherche à disposition avec différents modes de recueil de données (21).

Les études quantitatives ne permettent pas de répondre à l'ensemble des questions qu'on peut se poser en soins primaires (22). Les études qualitatives permettent notamment de répondre à une question de recherche lorsque le domaine de recherche a été peu exploré dans son ensemble, ce qui est le cas de la perception de la bonne santé des patients qui consultent en médecine générale.

La grille internationale COREQ a été utilisée tout au long de ce travail afin de respecter les critères de validité. (23)

2. IPA

L'IPA (Analyse Interprétative Phénoménologique) est une méthode d'analyse utilisée en recherche qualitative qui permet d'étudier comment des personnes donnent sens à des expériences de vie subjectives.

Elle permet d'explorer les processus par lesquels les personnes donnent du sens à leur expériences vécues, en analysant leur discours.

La phénoménologie interprétative est issue de trois principaux courants :

- **La phénoménologie** : Cadre théorique visant à explorer comment les individus interprètent le monde et à révéler les explications profondes issues de leur expérience subjective. L'« essence » des phénomènes peut ainsi être saisie à partir du vécu de l'individu dans son immédiat existentiel (24).
- **L'herméneutique** : Cadre théorique posant que la compréhension peut être obtenue à partir de l'interprétation itérative et empirique d'un texte, d'un objet ou d'une interaction, explicitement conduite dans son contexte culturel et historique (25).
- **L'idiographie** : Étude détaillée du cas particulier. L'IPA permet de connaître l'expérience du participant détaillée, quel sens particulier il donne à ce qui lui arrive.

Pour permettre de mieux voir les divergences et les similarités qui existent entre les participants, le nombre de personnes se prêtant à l'entretien doit être réduit ; l'objectif étant donc la diversité des participants (26). Les affirmations immédiates sont limitées au groupe étudié mais peuvent être étendues à travers une généralisation théorique.

Nous avons tenu un journal de bord, non présenté ici, permettant de relever des éléments biographiques importants et au préalable de l'étude, de déconstruire nos *a priori*. Nous pensions que les patients attendaient des médecins généralistes une bonne compétence technique et médicale et que la santé était pour eux un élément essentiel de leur qualité de vie.

2) Population étudiée

1. Critères requis pour une recherche qualitative

L'échantillon de la population doit être assez restreint, ciblé et orienté, car les processus sociaux que nous cherchons à étudier sous-tendent une cohérence et une logique qui ne sont pas accessibles en cas d'échantillonnage aléatoire (27).

L'interprétation des données se fait en fonction des caractéristiques intrinsèques de l'échantillon ; l'homogénéité de l'échantillon influencera la discussion des résultats.

2. Choix de l'échantillon et échantillonnage

Les patients que nous avons sélectionnés étaient des patients consultant en médecine générale dans les cabinets dans lesquels les entretiens se sont déroulés. Il n'y avait pas de critères d'exclusion, hormis le fait de ne pas parler ou comprendre le français.

Nous avons choisi de réaliser un échantillonnage raisonné, ce qui correspond à une procédure d'échantillonnage non probabiliste consistant à sélectionner des participants considérés comme typiques de la population cible (28). L'échantillonnage était donc raisonné, et à variation maximale selon les caractéristiques suivantes, reprenant les éléments de la position sociale : le genre, l'âge, l'adresse, le statut par rapport à l'emploi, la profession éventuelle, la couverture sociale, la capacité de compréhension du langage écrit par le patient, la présence d'une maladie chronique ou non.

Nous avons également utilisé des critères facultatifs des recommandations du CMG (29) : le fait d'être en couple ou non, le niveau d'études, la catégorie socio-professionnelle INSEE, le nombre d'enfants à charge, le fait de vivre seul ou non, le pays de naissance et la situation financière perçue.

3. Méthode de recrutement des patients

Nous avons recruté les patients de l'étude dans plusieurs cabinets de médecine générale d'Ile-de-France, sélectionnés de manière aléatoire après accord téléphonique.

Nous avons essayé de sélectionner des cabinets situés dans des environnements différents, avec des patientèles variées. Les cabinets étaient individuels, cabinet de groupe ou structure multidisciplinaire comme celui de la Croix Rouge. Les médecins devaient disposer d'un local isolé, adapté pour un entretien à 2 personnes.

3) Entretien

1. Définition

L'entretien est une méthode d'enquête qualitative reposant sur une situation individuelle de face à face entre un interviewer et un interviewé (25).

2. Déroulement

Nous avons mené des entretiens individuels compréhensifs, c'est-à-dire que le chercheur s'aide de quelques questions de recherche ouvertes, mais que la personne interrogée décide du cours de l'entretien en fonction des réponses qu'elle donne. Il vise à explorer un nombre limité de thèmes en détail. L'interviewé n'est pas considéré comme un simple informateur mais comme un partenaire. L'entretien se fait sur le mode conversationnel en s'appuyant sur des consignes et non sur des questions réponses (25).

A la fin de l'entretien, un questionnaire a été donné à chaque patient pour permettre de recueillir des informations sur son statut d'assurance maladie - son statut par rapport à l'emploi - son statut familial - son statut socio-économique - et enfin son accès aux soins.

Ce questionnaire (en annexe) est anonyme et comportait uniquement le numéro de l'entretien. De plus, un questionnaire a été remis après chaque entretien au médecin traitant du patient interrogé (en annexe).

3. Guide d'entretien

Nous avons réalisé un guide d'entretien d'une dizaine de questions ouvertes, reliées autour de 3 thèmes :

- La présentation et la description de l'état de santé du patient, par lui-même
- Le rapport au médecin généraliste et à la santé
- Les interactions entre la situation sociale et la santé

Les questions présentes dans le guide sont ouvertes c'est-à-dire que la personne interrogée répond comme elle le désire, sans avoir à choisir parmi différentes réponses préétablies (24).

Le guide se trouve en annexe.

4) Méthode d'analyse des données

1. Retranscription

Pour chaque entretien, nous avons enregistré l'intégralité de l'échange et réalisé une retranscription complète des interviews sur Microsoft Word® ; les éléments de communication non verbale comme les silences ainsi que les hésitations, les rires ou certaines attitudes particulières à un moment donné des participants ont été retranscrits.

Chaque fichier portait le numéro correspondant à l'entretien, sans aucune donnée d'identité de la personne interrogée.

Les entretiens ont tous été retranscrits dans la semaine suivant l'entretien, de façon intégrale sur fichier Word® puis détruits immédiatement après retranscription.

2. Codage

Chaque entretien retranscrit a ensuite été analysé puis codé. Cette retranscription nous a permis de dégager de nombreux verbatim. L'analyse de tous les verbatim, entretiens par entretiens, a permis de générer des codes ouverts descriptifs. Puis, dans un second temps, afin de rechercher des phénomènes communs, nous avons réalisé un codage thématique, axial en classant les verbatim par catégories, entretien par entretien. Enfin, dans un troisième temps d'analyse, nous avons analysé chaque entretien afin d'en faire ressortir un portrait, une histoire de vie de la personne interrogée. De tous les entretiens, ressort une cohérence de critères de bonne prise en charge.

Nous avons recherché des similitudes de profil entre les différents participants de l'étude, une cohérence de discours dans les portraits et non un consensus.

Nous n'avons pas utilisé de logiciel de codage pour l'analyse des données.

Les entretiens ont été arrêtés au 13^{ème} entretien car nous avons obtenu suffisamment d'information sur le sujet. La saturation des données n'a pas été utilisée, n'étant pas un critère de validité intéressant l'IPA.

3. CPP

Depuis le 18 novembre 2016, l'article D.1123-34 du code de la santé publique prévoit un tirage au sort pour désigner le CPP compétent pour donner son avis sur un projet impliquant la personne humaine.

Notre projet de recherche a été tiré au sort au CPP Ile-de-France 4 (Hôpital Saint Louis) et nous avons reçu leur accord définitif après soumission de notre dossier à 2 reprises. Une demande préalable auprès du Comité de Protection des Personnes avait été faite, après inscription à l'ANSM dans la catégorie « recherches et collections biologiques » (Numéro ID RCB : 2018-A00664-51). Un dossier écrit ainsi qu'une présentation orale devant le comité a été fait une première fois, entraînant un avis défavorable et motivant une demande d'information complémentaire, concernant notamment la protection des données des personnes interrogées. Nous avons donc changé notre protocole et refait une demande auprès du CPP IDF4, pour lequel nous avons reçu une réponse favorable.

Les modifications significatives que nous avons dû adopter étaient les suivantes :

- Préciser que les entretiens ne modifiaient pas le parcours de soins des patients, car ce n'est pas leur médecin traitant qui les réalisait.
- Anonymiser directement les entretiens, c'est-à-dire que le patient ne donnait pas son identité, qui n'était pas nécessaire pour l'interprétation des données. Les entretiens ont donc été classés par numéro (entretien N°1- N°2, ...).
- Chaque patient devrait recevoir une note d'information et de non-opposition (en annexe) avant l'entretien, qui résumait :
 - L'intitulé de la recherche
 - Le type de recherche : entretien et questionnaire dans le cadre d'une thèse d'exercice de médecine générale
 - Le temps nécessaire pour l'entretien : entre 30 et 45 minutes environ
 - La retranscription intégrale des données sur le logiciel Word puis leur destruction complète après analyse
 - Le droit de retrait
 - Le droit d'être informé des résultats globaux de l'étude

Nous avons détruit tous les fichiers des entretiens ainsi que les questionnaires après analyse complète des résultats.

Résultats

1) Données générales

1. Caractéristiques des entretiens

Tableau 1. *Caractéristiques des entretiens*

Entretien	Date entretien	Lieu entretien	Département	Durée
1	27/07/2017	Saint Maur	94	0:41:01
2	24/08/2017	Saint Maur	94	0:38:33
3	13/11/2017	Paris 19ème	75	0:40:53
4	13/11/2017	Paris 19ème	75	1:04:27
5	27/11/2017	Créteil	94	0:40:34
6	30/11/2017	Paris 20ème	75	0:45:02
7	30/11/2017	Paris 20ème	75	0:15:25
8	07/12/2017	Paris 19ème	75	1:10:18
9	08/12/2017	Quincy-sous-Sénart	91	0:35:28
10	08/12/2017	Quincy-sous-Sénart	91	0:17:08
11	08/12/2017	Quincy-sous-Sénart	91	0:27:01
12	08/12/2017	Quincy-sous-Sénart	91	0:30:24
13	11/12/2017	Draveil	91	0:49:51

Au total, 13 entretiens ont été réalisés, entre juillet 2017 et décembre 2017.

Ils se sont tenus chez 8 médecins généralistes, exerçant dans 5 communes différentes.

La durée moyenne des entretiens était de 39 minutes.

2. Caractéristiques des participants

Tableau 2. *Caractéristiques des patients interrogés*

Patients, n	13
Âge médian	62 ans
Hommes, n (%)	2 (15%)
Assurance maladie obligatoire, n (%)	13 (100%)
Mutuelle privée, n (%)	11 (85%)
ALD, n (%)	3 (23%)
Actif, n (%)	5 (38%)
Études supérieures, n (%)	4 (31%)
Aide pour comprendre son ordonnance, n (%)	3 (23%)
En couple, n (%)	7 (54%)
Vit seul, n (%)	5 (38%)
Perception d'un revenu minimum, n (%)	1 (8%)
Consultation chez le MT tous les 3 mois, n (%)	7 (54%)

Les patients interrogés avaient entre 21 et 78 ans. Il y avait en majorité des femmes (11 femmes contre 2 hommes). Ils étaient tous affiliés à la sécurité sociale.

Sur les 13 patients, trois étaient en ALD pour une pathologie exonérante, deux étaient en accident du travail et un en invalidité. Par rapport à l'emploi, cinq personnes interrogées étaient actifs, six étaient retraitées, une était sans emploi et une était étudiante ; 54% des personnes interrogées étaient en couple. Enfin, 54% des patients consultaient leur médecin régulièrement, tous les 3 mois.

Les caractéristiques complètes des patients ayant participé à l'étude se trouvent en annexe.

Tableau 3. Antécédents médicaux et suivi des patients interrogés

Entretien	Antécédents médicaux mentionnés par le MT	Nombre de consultations depuis un an
1	Syndrome dépressif chronique - arthrodèse L3-L4-L5-S1	3
2	RAA - hypothyroïdie - maladie auriculaire avec PM - rhumatisme psoriasique - asthme sévère - ulcère gastrique	7
3	Nodules thyroïdiens - conisation en 2009 pour cancer du col de l'utérus - pyélonéphrites à répétition - névrite vestibulaire - PASH	4
4	Nodules thyroïdiens - cancer du sein gauche - lombalgies chroniques	4
5	Non renseignés	0
6	Syndrome dépressif sans traitement actuellement - polypes coliques familiaux - RGO	8
7	HTA - dyslipidémie - diabète de type 2 de découverte récente - BPCO - arthrose diffuse - invalidité sur pathologie articulaire du genou	13
8	Tuberculose miliaire - HTA - RCH - Carcinome de la parotide - carcinome séreux ovarien - PTH gauche - DMLA	6
9	Pré-éclampsie - HTA - phlébites à répétition - EP - thrombophilie - thyroïdite d'Hashimoto - cardiopathie ischémique - maladie de Crohn - algoneurodystrophie - otomycose chronique.	7
10	Lombo-sciatique L5-S1 - syndrome dépressif suite à un deuil difficile	9
11	Hypothyroïdie	17
12	Troubles bipolaires	11
13	HTA - syndrome dépressif - hypothyroïdie - glomérulonéphrite - arthrose diffuse - entorses à répétition	9

RAA : rhumatisme articulaire aigu ; PM : pacemaker ; PASH : périarthrite scapulo-humérale ; RGO : reflux gastro-œsophagien ; HTA : hypertension artérielle ; RCH : rectocolite hémorragique ; PTH : prothèse totale de hanche ; EP : embolie pulmonaire.

3. Caractéristiques des médecins

Tableau 4. Caractéristiques des médecins généralistes des patients interrogés

Médecins, n	8
Âge, moyenne	58 ans
Hommes, n (%)	9 (69%)
Milieu d'exercice urbain, n (%)	8 (62%)
Exercice en cabinet seul, n (%)	7 (54%)
Secteur 1, n (%)	8 (62%)
Mode d'exercice libéral, n (%)	11 (85%)
Nombre de patients CMU <20%, n (%)	7 (54%)
Nombre de patients ALD de 20 à 30%, n (%)	9 (69%)
Nombre de patients affiliés médecin traitant, moyenne	1796
Connaissance de la couverture sociale de son patient, n (%)	13 (100%)
Connaissance de la situation professionnelle de son patient, n (%)	13 (100%)
Connaissance des conditions de logement de son patient, n (%)	8 (62%)
Connaissance du ressenti de bonne santé de son patient, n (%)	7 (54%)

Les médecins traitants des patients ayant participé à l'étude avaient entre 47 et 60 ans. Ils étaient en majorité des hommes (9 médecins homme et 4 médecins femme). La plupart exerçaient en milieu urbain (62%). Sept d'entre eux exerçaient en cabinet seul, 4 en cabinet de groupe et 2 en centre de santé pluridisciplinaire. La plupart d'entre eux avaient un exercice libéral (85%). Tous suivaient des patients en CMU ou en ALD ; ils avaient en moyenne 1796 patients affiliés médecin traitant. Enfin, tous connaissaient la couverture sociale des patients interrogés, ainsi que leur situation socio-professionnelle. 62% des médecins connaissaient les conditions de logement de leur patient, et 54% d'entre eux déclaraient connaître le ressenti vis-à-vis de la bonne santé de leur patient interrogé.

Les caractéristiques complètes des médecins dont les patients ont participé à l'étude se trouvent en annexe.

2) Résultats factuels, entretien par entretien

Comme proposé dans l'IPA, nous avons présenté les thèmes principaux pour chaque entretien, à la manière de biographies centrées sur l'objectif de recherche. Le caractère exhaustif de la présentation a permis de tenir compte de la complexité des situations.

Entretien 1

Mr L, patient de 72 ans, retraité, dont la femme est amie avec le médecin traitant consulté. Vient en consultation pour son renouvellement d'ordonnance. Antécédents médicaux notables : syndrome dépressif – sténose carotidienne modérée – arthrodèse L3-L4-L5-S1.

1. Prise en charge médicale : satisfaction malgré un sentiment de complexité

Monsieur L. exprimait une satisfaction de sa prise en charge médicale globale, à propos de son médecin et de sa mutuelle.

- « *c'est vrai qu'elle est chère, très chère, enfin comme beaucoup de mutuelles mais elle me couvre vraiment tout* »

Il avait le sentiment d'avoir des pathologies complexes, nombreuses, et s'enchaînant.

- « *je vous dis, moi je fais simple, c'est le gros truc ou rien* »

2. Analyser son état de santé : faire attention du fait de la peur d'être malade

Mr L. était très attentif à sa santé, même si pour lui, la chance avait un rôle à jouer dans l'état de santé de chacun.

- « *non, je suis pas souvent malade, je fais peut être attention, mais euh... mais, enfin c'est jamais simple (...) jusqu'à maintenant j'ai eu la chance* »

Il souhaitait adopter un comportement et une hygiène de vie compatible avec son état de santé et en accord avec ses médecins. Il appliquait les conseils hygiéno-diététiques reçus lors d'une hospitalisation. Il ne souhaitait pas connaître ses pathologies.

- « *comme je vous ai dit tout à l'heure, je suis plus politique de l'autruche, euh... moi j'en sais mieux c'est* »

Il analysait son état de santé en fonction de l'examen clinique de son médecin traitant. La longueur de l'examen clinique était interprétée comme un signe de mauvaise santé.

- « *je ne sais pas si vous avez fait attention, elle est restée un moment à écouter le cœur tout à l'heure (lors de la consultation), j'avais envie de lui dire : « pourquoi vous restez là ?! » »*

Mr L. accordait une importance toute particulière à la réassurance dans la consultation, que ce soit par l'examen clinique, ou les explications données par son médecin.

- « *le fait d'aller chez le docteur, bah ça rassure, une fois que vous êtes passé, bon, ça va pas tellement loin parce que c'est la tension, c'est le cœur, mais euh... vous êtes un petit peu rassuré quoi. »*

3. Le mental comme base du bien-être et de la santé

Le mental avait une importance très importante dans sa vision de la maladie en général.

- « *oui, et puis, et puis... avoir le moral, péter le feu et je pense que dès l'instant que le mental va bien, enfin quand le mental va bien ... tout.. va bien !*»

Mr L. établissait un parallèle très fort entre la bonne santé mentale et l'absence de maladie physique.

- « *je pense que quand on a le moral, euh.. ça évite un petit peu la maladie ! »*

Il étayait cette hypothèse avec plusieurs exemples : l'influence de l'éloignement de ses proches sur sa guérison et l'influence d'un décès sur son moral et in fine son état de santé.

- « *c'était une vie complètement différente... loin des miens et tout donc... non c'était dur forcément »*

4. Le médecin traitant : un suivi régulier et relation en dehors du cabinet médical

Mr L. était suivi dans le cabinet depuis de nombreuses années.

- « *comme je suis un... un client habitué (rires)...*»

Il exprimait les attentes de son médecin traitant : capacité diagnostique et importance de la relation médecin malade.

- « *qu'il diagnostique bien si jamais j'ai un problème.*»
- « *ce qu'il y a c'est que euh, la docteur elle, elle connaît mon caractère et tout »*

Il avait besoin d'être rassuré à la fin de sa consultation.

- « *bah euh le fait d'aller chez le docteur, bah ça rassure, une fois que vous êtes passé »*

Mr L. informait son médecin traitant de sa situation sociale et des événements de sa vie privée.

- « elle est au courant de tout ce qui se passe dans notre famille ! »

Sa femme avait une relation amicale en dehors du cabinet médical avec son médecin généraliste.

- « ma femme surtout, oui ! »

Mr L. exprimait une anxiété par rapport à la distance du cabinet médical à son lieu de vie.

- « Ma crainte effectivement, le fait de prendre le docteur ici, euh, pour moi c'était un petit handicap parce que si j'arrivais pas à venir jusqu'ici... »

5. La thérapeutique médicamenteuse comme base du soin

Mr L. notait volontiers l'efficacité des traitements médicamenteux sur ses symptômes.

- « oui exactement, pour la prostate. Je me levais plusieurs fois dans la nuit pour aller faire pipi et avec ça, ça me vide la vessie quoi, plus facilement »

Il ne souhaitait pas prendre trop de médicaments, de peur des interactions médicamenteuses.

- « pour moi autant de médicaments pour juste ce petit sifflement, j'ai peur que ça me détraque autre chose, euh, voilà... »

Il décrivait une inobservance thérapeutique, en arrêtant les traitements qu'il jugeait inutiles sans en parler à son médecin .

- « ben non euh... une fois j'ai essayé sur 2 mois le traitement, il y avait aucune amélioration , rien du tout »

Entretien 2

Mme L. patiente de 66 ans, retraitée, polypathologique, suivie depuis peu dans le cabinet. Antécédents médicaux notables : RAA- hypothyroïdie - maladie auriculaire avec pacemaker - rhumatisme psoriasique – asthme sévère - ulcère gastrique avec hémorragie digestive haute - hystérectomie.

1. Poly-pathologies complexes chez une patiente experte de sa santé, ayant une forte influence sur le quotidien

Elle se sentait très malade non pas par la fréquence des pathologies, mais très malade de par la quantité de pathologies présentées.

- « c'est pas que souvent malade mais j'ai beaucoup de pathologies... Donc je cumule ! »

Elle avait le sentiment de présenter des pathologies complexes, nécessitant une prise en charge hospitalière régulière et la prise de traitements quotidiens.

- « *Oui, faut y penser, faut les préparer... bon, je les prépare pour la semaine mais bon... »*

Mme L. était experte de ses pathologies chroniques : elle connaissait leur mécanisme, les effets secondaires thérapeutiques et la conduite à tenir en cas de problème. Elle avait du matériel adapté à son domicile pour la prise en charge en cas de crise.

- « *Parce que du coup, comme j'ai fait un ulcère saignant, et que le xarelto on l'a arrêté, l'eliquis c'est un le matin et un le soir. Au niveau amplitude, ça évite que... si y'a un problème ou quoi... que ça saigne de trop. »*
- « *et puis j'ai le cardif, je sais pas si vous connaissez ! j'ai droit à mon appareil, donc, la pneumologue m'a fait l'accord, donc j'en ai un à la maison ! »*

Mme L. avait eu initialement des difficultés à accepter ses nombreuses pathologies, puis les a pris avec philosophie et humour.

- « *et ben c'est difficile d'accepter, enfin, quand on a une pathologie, deux, et puis... quand on en a les cinq doigts de la main, c'est bon ! »*

Elle soulignait de façon importante l'influence de son état de santé sur sa vie quotidienne : changer de comportement vis-à-vis de ses proches, devoir être attentive à sa santé au quotidien.

- « *j'ai beaucoup de pathologie donc automatiquement euh... je fais attention un peu à tout »*

Malgré ce discours, elle ne faisait pas de lien entre ses conditions de vie et son état de santé.

- « *non parce que tout ce que j'ai comme maladie, c'est, c'est ... c'est pas venu à cause d'un logement ou cause extérieure... non »*

2. Avoir un sentiment de complexité de la prise en charge médicale

Mme L. décrivait un sentiment de mauvaise santé permanente.

- « *oui voilà, puis bon, quand c'est pas une pathologie c'en est une autre ; dès que ça va un petit peu mieux ah ben c'est autre chose qui se déclenche, euh... »*

Elle avait la sensation d'être une malade compliquée et d'effrayer ses médecins par sa prise en charge.

- « *Elle me dit : « vous me faites des frayeurs pas possibles, c'est pas vrai ! » »*

3. Établir un lien fort entre la santé et la vie privée

Mme L. faisait un parallèle entre son état de santé et sa vie familiale.

Tout d'abord, par le fait de ne pas avoir eu d'enfant suite à une infertilité.

- « *non, je n'ai pas d'enfants. Je n'ai pas pu en avoir...* »

Ensuite, elle décrivait un changement de comportement vis-à-vis de ses proches du fait de ses pathologies. Pour Mme L. sa pathologie était vécue comme une souffrance pour l'entourage.

- « *j'en parlais à tout le monde ! après je me dis bon, d'accord, les autres ils souffrent aussi...* »

Elle faisait également un lien entre son état de santé et son état de stress et de fatigue.

- « *c'est pas ça c'est que ...euh... bon, je fais des allergies euh... mais, c'est surtout nerveux. Moi je vois bien que ...* »

Mme L. mentionnait à plusieurs reprises l'influence de sa santé sur sa vie quotidienne.

- « ***Parce que on vit toujours, euh, vous faites des choses en fonction de votre santé et quand vous êtes pas bien, et ben, vous ne faites pas ces choses*** »

Elle souhaitait avoir une vie normale malgré ses pathologies : cacher ses symptômes, pouvoir partir en vacances normalement.

- « *mais il y a des moments ou même je suis pas bien ou très fatiguée et je me dis « ras le bol », je continue* »

Mme L. mentionnait l'influence de son état de santé sur ses émotions.

- « *Elle me dit « toute façon tu peux me dire que ça va pas, euh, que ça va, mais ton visage il est changé ! » bon. »*

4. Prise en charge médicale : un suivi médical sur mesure

Mme L. était très satisfaite de son suivi médical global, ambulatoire et hospitalier, qu'elle comparait à un confort. Elle notait de façon positive l'évolution de la médecine depuis de nombreuses années.

Elle avait un suivi médical multiple, centralisé et régulier.

Elle connaissait bien ses médecins et le personnel hospitalier.

- « *Les secrétaires sont sympas, on arrive à me trouver un rendez-vous.* »

Elle avait adapté son suivi médical à son mode de vie : changé de médecin traitant depuis peu du fait de la distance jusqu'au cabinet

- « le docteur N. ça fait pas longtemps parce que j'étais sur un médecin de...de la Varenne, mais ça me fait loin maintenant pour y aller. »

5. Le médecin traitant : un médecin de famille de premier recours

Mme L. décrivait une fidélité importante à son médecin traitant, elle préférait le consulter plutôt que de se rendre dans les centres de santé affiliés à son travail.

Il avait un rôle de suivi central, de médecin de premier recours.

- « Bon, même que les spécialistes me le donne, mais bon, je préfère qu'elle soit au courant... (...) elle me suit, j'ai besoin d'elle... »

Elle avait de multiples attentes de son médecin traitant : l'écoute, le soin, le diagnostic.

Elle mentionnait les caractéristiques de sa relation médecin- malade: confiance, communication, réassurance. »

- « ce que je dis au Dr N. il y a des choses qui, euh, bon, qu'elle connaît, qu'un autre médecin ne connaît pas.(...) parce qu'on parle beaucoup, on a parlé beaucoup là »
- « puis là, le docteur est en train de me remotiver pour marcher là parce que ça me disait plus rien de marcher »

Elle insistait sur l'importance d'être suivie par un médecin de famille et exprimait un regret sur la diminution du nombre de médecins de famille.

- « bon j'habitais en province, et c'était le médecin de famille... et je me rappelle, il venait à la maison, mes parents discutaient avec... c'était... il faisait partie de la famille »
- « et je suis restée avec cette... que maintenant, bon ça dépend quel médecin, mais je trouve que euh... c'est dommage que ça se perde. »

-

Entretien 3

Mme P, patiente de 62 ans, vivant à Paris, veuve depuis peu, bientôt à la retraite.

Antécédents médicaux notables : nodules thyroïdiens à surveiller - conisation pour cancer du col de l'utérus - pyélonéphrites à répétition - névrite vestibulaire – décollement du vitré - névralgie cervico-brachiale - entorse genou gauche - Périarthrite scapulo-humérale.

1. Le lien fort entre la santé et la vie quotidienne

« oh je, vraiment je suis intimement persuadé que la vie quotidienne, a vraiment une, une incidence sur la santé »

Mme P. reliait sa santé et son quotidien via plusieurs modèles : celui des évènements de vie, du travail et de l'alimentation.

Elle établissait un lien entre la survenue d'évènements personnels et la santé et l'illustrait par l'exemple du décès de son mari, qui est arrivé peu de temps avant la survenue de ses problèmes de santé.

- *« il y a 6 ans j'ai perdu mon mari, (...) , et puis comme par hasard tout est arrivé après »*

Mme P. établissait un lien fort entre santé et travail, de l'influence du travail sur la santé et de la santé sur le travail.

- *« je pense qu'il y a vraiment des moments dans la vie ou on peut avoir des problèmes euh de travail, (...) , qui ont vraiment une incidence, sur sa façon de vivre ! »*

Elle a décrit spontanément et à plusieurs reprises le lien entre l'alimentation et la santé : sentiment de développer des pathologies suite à un régime alimentaire non adapté.

- *« j'avais pas envie de me faire à manger, euh j'ai mis 6 mois avant de recommencer à me faire chauffer ma plaque électrique. Euh... donc ça a été une période où je me suis sûrement pas très bien alimentée (...) ça a duré 3 ans à peu près je pense, et puis comme par hasard tout est arrivé après »*

Elle adaptait son régime alimentaire à son état de santé (hypercholestérolémie) et avait changé sa façon de faire la cuisine. Elle portait maintenant une attention particulière à ce qu'elle mangeait.

- *« alors j'ai du cholestérol mais finalement on a décidé que j'allais arrêter de prendre les médicaments du cholestérol, que j'allais plutôt faire attention... donc je refais un peu plus attention »*

Elle faisait un lien entre le surpoids et le milieu social.

- *« on voit beaucoup plus de gens très gros et à la limite de l'obésité dans des familles défavorisées ! »*

Elle reliait également l'état de santé et la vie quotidienne via l'exemple des conditions de vie et de la situation sociale.

- *« donc je pense que euh, pour avoir vécu cette période-là, je crois que vraiment il y a une relation pour moi entre le, le... le social et la santé »*

Enfin, l'impact de la santé sur la vie quotidienne était illustré par la description du sentiment de handicap induit par l'état de santé, via les douleurs et les effets secondaires thérapeutiques.

- « d'ailleurs le levothyrox là... ça a été un passage très compliqué, parce que je me suis retrouvée à dormir 3 heures par nuit, euh, à avoir une pêche d'enfer, malgré tout, toute la journée euh, pas avoir envie de dormir le soir, et eh, tout le monde me disais que j'avais maigri et c'est vrai que j'avais maigri »

2. La rupture avec l'état antérieur et son impact sur la santé

« ben euh moi j'avais pas grand-chose jusqu'à y a euh 3-4 ans et puis euh y a 3-4 ans, tout a commencé un peu à devenir compliqué pour moi... » L79

Mme P. établissait un lien clair entre la survenue d'un évènement affectif personnel (le décès de son mari) et son état de santé.

- « il y a 6 ans j'ai perdu mon mari, et euh à cette occasion là j'ai quand même été très très très désorganisée et euh au niveau de ma vie professionnelle, donc ça s'est répercuté sur mon rythme de vie euh... j'avais pas envie de me faire à manger, (...) donc ça a été une période où je me suis sûrement pas très bien alimentée ; euh j'ai travaillé, travaillé, travaillé, je pouvais travailler 17 heures pendant la journée ; euh, je sortais pour euh, essayer d'oublier, donc euh, j'étais hyper-hyper active pendant un moment, ça a duré 3 ans à peu près je pense, **et puis comme par hasard tout est arrivé après** »

Elle avait changé son rythme de vie après le décès de son mari en augmentant son intensité de travail.

- « donc je me suis épuisée quoi, et je pense qu'il y a beaucoup de gens qui peuvent se retrouver dans des situations comme ça de se mettre en danger, physiquement, parce que ils sont dans des contextes difficiles »

3. Souligner l'importance du mental sur son état de santé

Tout d'abord, Mme P. définissait son rapport à la santé comme complexe : elle le liait à son éducation et son caractère, elle ne consultait que si elle n'avait pas le choix. Elle se sentait polypathologique.

- « bon quand je fais le compte c'est sûr que j'ai quand même pas mal de choses hein »

Mme P. avait le sentiment d'être malade, même si les examens paracliniques réalisés étaient normaux.

- « j'ai eu un problème à la cheville aussi parce que je me suis fait une fracture de cheville il y a 6 ans, et je pense que j'ai gardé, même si rien n'apparaît sur les radios, je pense quand même que j'ai quelque chose là »

Elle recourait à la superstition dans la santé.

- « enfin bon là maintenant c'est fini il n'y a plus de problème, je touche du bois ! »

Le lien entre santé et mental s'illustre également par le besoin d'accepter ses problèmes de santé

- « C'est pas que je me sens en mauvaise santé, je pense que euh j'ai probablement une prise de conscience à avoir, c'est que je vieillis, que j'ai 62 ans, et que euh... bah c'est peut-être ça maintenant euh... voilà je vais avoir des douleurs, différentes choses, bon ben voilà, **il faut que j'accepte ça** »

Mme P. établissait une hiérarchie entre ses problèmes de santé. Elle mettait en premier plan les pathologies asymptomatiques et en second plan les pathologies potentiellement les plus graves (antécédent de néoplasie et maladies chroniques).

- « mon cholestérol, maintenant je le soigne... enfin je le soigne... je fais attention, je fais ce régime donc euh, bon voilà normalement j'ai pas trop à m'en préoccuper. »
- « Ma thyroïde, bon euh c'est quelque chose, on m'a toujours dit que c'est pas vraiment des médicaments mais que c'est hormones donc bon euh normalement ça n'a pas d'incidence sur le reste donc bon, si je prends mon médicament c'est bon »
- « Non, j'avais eu un petit cancer du col de l'utérus il y a 10 ans, c'est pareil, enfin bon là maintenant c'est fini ! »

Enfin, Mme P. définissait la bonne santé comme le fait d'avoir l'esprit libre et de ne pas penser à ses pathologies.

- « je pense que pour moi être en bonne santé c'est accepter d'avoir de temps en temps des petits problèmes, mais euh de ne pas avoir ça en tête en permanence quoi, d'être libérée, voilà, de penser à autre chose. »

4. Système de santé et médecine : opinion personnelle

Mme P. a donné à plusieurs reprises son opinion sur le système de soins en établissant un lien entre le statut social, l'argent et les soins en France.

- « voilà donc pour des gens qui sont euh dans des situations financières un peu difficiles je pense quand même que la médecine est de plus en plus difficile et que on va vraiment vers une médecine à 2 vitesses, ça, c'est manifeste »

Elle opposait la médecine traditionnelle aux médecines parallèles ; elle n'était pas favorable aux médecines parallèles dans certains domaines de la santé et décrivait leurs limites.

- « bon, quand on a un cancer c'est pas... on se fait pas soigner par ces médecines parallèles hein, donc euh bon, moi j'avoue que je ne suis pas trop pour ça. »

5. Les rôles du médecin traitant : un partenaire qui permet la synthèse

La patiente décrivait son médecin traitant par son rôle de synthèse entre les différents spécialistes intervenant dans sa prise en charge.

- « parce qu'en fait c'est parce que j'ai eu tous ces problèmes que, que je vais le voir, sinon, sinon j'irais le voir euh, j'irais le voir peut être 2 fois par an quoi ; faire le point ».

Elle décrivait son rôle de prise en charge globale.

- « dans la mesure où maintenant je suis dans quelque chose d'un peu complexe, différentes pathologies qui peuvent avoir une incidence les unes sur les autres, ben c'est que justement qu'il cerne les problèmes et puis que, qu'il y voit clair »

Mme P. voyait son médecin traitant comme un partenaire, notamment pour la prise de décisions partagées, malgré le fait qu'elle perçoive la consultation comme une obligation.

- « qu'on s'amuse pas à prendre des décisions soi-même sur ces choses »

Elle partageait sa vie privée si quelque chose qu'elle considérait comme grave et en rapport avec sa santé pouvait lui arriver.

- « par contre effectivement, si j'ai euh un problème de santé, je lui parle, voilà, de ce qui peut m'arriver, des difficultés sans l'encombrer non plus hein, je vais pas ... enfin voilà, sur des choses graves, sur des choses graves je, je l'informe oui »

Entretien 4

Mme S, patiente de 77 ans, retraitée, ancienne graphologue. Entretien long (64 min).

Antécédents médicaux notables : nodules thyroïdiens à surveiller - cancer sein gauche en 2009

- strappings - lombalgies chroniques invalidantes.

1. Le médecin traitant : une personne à son image

Mme S. éprouvait une grande satisfaction de son médecin traitant.

- « Je sais que j'ai quelqu'un sur qui je peux compter. »

Mme S. était très fidèle à son médecin traitant ; elle décrivait l'importance de connaître son médecin.

- « *Je suis très très fidèle au médecin* »

Pour Mme S, aller voir son médecin traitant équivalait à prendre soin de soi.

- « *Pas en meilleure santé, mais ça me fait plaisir de m'occuper de moi* »

Mme S. décrivait la relation avec son médecin traitant comme singulière et complexe.

- « *C'est pas blanc et noir hein, c'est complexe. Toutes les relations sont complexes. Et même celles du médecin et le malade.* »

Elle était heureuse de cette relation et trouvait son évolution positive au fil du temps.

- « *c'est ce que je trouve là. Avec du temps. Au début non mais ça s'est fait tout doucement (...) Là, on commence à faire des petites allusions rigolotes sur certains trucs. Je crois qu'il me perçoit comme je suis* »

Mme S. avait de nombreuses attentes concernant la consultation avec son médecin généraliste : la réassurance, le soin, le sérieux, la médecine de famille et les visites à domicile.

- « *Parce qu'actuellement, c'est rare les généralistes de famille, comme on avait autrefois.* »

Pour elle, la longueur de la consultation était importante.

- « *une attention, parce que le précédent me gardait 7 minutes, montre en main* »

Elle accordait une importance toute particulière à la réputation de son médecin traitant.

- « *C'est d'oreille à oreille que je suis venue à le consulter et c'est bien* »
- « *D'ailleurs, il a très bonne réputation.* »

2. Le rôle majeur du travail dans l'équilibre de vie

Mme S. mentionnait à plusieurs reprises l'importance capitale de son travail dans sa vie quotidienne. Elle a exercé 2 métiers.

Elle se définissait par son travail.

- « *Ça, c'est typique de ma vie : j'ai bossé tout le temps, tout le temps* »

Elle valorisait son travail en affirmant ses connaissances et le niveau qu'elle avait atteint dans le milieu professionnel.

- « *Donc je suis arrivée, par ce travail, je ne suis pas modeste, à une forme d'excellence dans ce domaine, qui a été reconnue* »

Elle se valorisait dans l'intensité de son travail et ne diminuait son rythme de travail que par contrainte. Elle continuait à exercer son métier même après sa retraite.

- « *je travaillais comme - j'allais dire comme une bête – personne ne travaille comme ça. C'était effrayant. J'étais mise au boulot très vite, par un cabinet de recrutement, qui m'a employée sur le champ et j'ai travaillé... ça a commencé, week-ends compris, vacances comprises, enfin... vraiment... »*

Elle catégorisait sa vie professionnelle par rapport à sa vie personnelle : scindait sa vie en 2 parties, établissait un lien entre sa vie personnelle stable et sa vie professionnelle active.

- « *Donc, j'ai eu deux vies en fait. »*
- « *Une avec un mari, des enfants, une grande maison et un chien. Trois enfants à ce moment-là. Une vie heureuse, professionnelle, active. (...) Enfin, on a été très actifs »*

Enfin, elle insistait sur le besoin d'effectuer un travail relationnel.

- « *Mais c'était un travail austère, ce qui fait que je ne voyais personne et donc, j'ai fait tout de suite la formation, pour voir du monde. »*

3. L'importance du regard des autres

A multiples reprises, et de différentes façons, Mme S. parlait de l'importance du regard des autres et évoquait l'image qu'elle pensait renvoyer aux autres.

Elle était intriguée par les autres en général.

- « *J'ai pas arrêté de les regarder en me disant « tiens, qu'est-ce qu'elle a ? Elle a perdu ses cheveux ». Ça me fascinait un peu »*

Elle appréciait marquer sa différence.

- « *Mais dans le beau on va dire, globalement, dans l'esthétisme et plutôt enviée et jalouée par d'autres que le contraire. »*

Elle accordait beaucoup d'importance au regard et à l'opinion d'autrui.

- « *Si je commence à m'amochoer physiquement, alors là, ça va être difficile oui. Là*

L'importance de l'image qu'elle renvoyait aux autres allait de pair avec la peur de vieillir : elle exprimait des regrets concernant sa jeunesse, et ne voulait pas devenir une vieille femme. Elle définissait ses relations par leur âge.

- « *j'ai vraiment été à 25-30 ans, top du top pour moi. Vraiment. On me disait « tu pourrais faire du cinéma ». »*

Cette peur de vieillir était également exprimée via la peur des changements physiques et mentaux induits par le vieillissement.

- « *Après, c'est dégressif. Là je m'en rends compte. Je dis pas que je suis horrible. Je suis dans une moyenne... un tout petit peu au-dessus d'une moyenne de femmes* »

La peur de vieillir devenait une préoccupation marquée et elle faisait tout pour garder l'image d'une personne plus jeune que son âge, en lien avec l'importance qu'elle accordait au regard des autres.

- « *Déjà, j'ai 77 ans, je viens de les avoir et ça me marque* »

4. L'importance majeure du lien social dans la vie et la santé

Mme S. voyait le lien social comme un pilier de sa vie, à la fois professionnelle et privée.

- « *les 10 ans de solitude là-bas, c'est bien avec un chien mais au Vésinet c'est mortel.* »

Elle exprimait beaucoup d'empathie, envers les autres en général et sa famille.

- « *Et puis quand même, les énervements divers, le fait de pas être seule, d'être entourée de famille ou même d'un conjoint : on vit les trucs de l'autre sans arrêt* »

Elle ne supportait plus la solitude et la vivait comme un poids.

- « *c'est vraiment ce qui m'a le plus pesé : cette solitude.* »

5. Le lien entre la santé et les émotions

Elle décrivait l'influence de la santé sur l'état émotionnel et la communication.

- « *Et moi j'ai fait un système surtout d'étude des expressions, qui reflète notre état, peut-être de santé aussi. Ça, j'ai jamais étudié mais euh... notre état émotionnel, notre regard sur la vie, notre facilité à communiquer ou pas, notre degré d'écoute et cette expressivité, plein de choses.* »

Elle notait l'influence positive des émotions amoureuses sur la santé.

- « *Toutes ces questions-là, prouvent que vraiment, la seule chose vers laquelle on doit tendre, c'est ça.* » (En parlant de l'amour)

Elle faisait un lien fort entre des événements de vie privée et son état de santé.

- « *Là, je suis un peu fatiguée mais en général, j'ai eu des deuils. Les deuils j'ai donné quoi. Je veux dire, j'en peux plus.* »

Elle rapprochait la santé physique et psychologique en évoquant plusieurs exemples.

- « *Une fatigue psychologique générale peut très bien générer... ben, les zonas, c'est quand même totalement psychologique à mon avis* »

Mme S. relativisait sa santé de plusieurs façons : en minimisant et relayant au second plan des pathologies considérées comme importantes par son médecin traitant.

- *(en parlant de son cancer du sein) « Enfin, normalement je suis tranquille avec ça apparemment, ça redémarre jamais. »*

Elle décrivait une part de chance dans la bonne santé.

- *« Non, je touche du bois mais quand même, moi je trouve que j'ai une bonne santé »*

Enfin, elle trouvait que la maladie arrivait toujours à un moment inopportun.

- *« Tout ce qui m'est arrivé, c'était dans un état de quiétude et de paix autour de moi. »*

6. La rupture avec l'état antérieur et son impact dans la santé

Lors de l'entretien, Mme S. évoquait plusieurs épisodes de rupture avec l'état antérieur : décès de son mari, incendie de sa maison, déménagement, statut financier.

- *« Et au moment où j'aurais pu exploiter tout ça, un grand événement de ma vie, a été que j'ai perdu mon mari à ce moment-là »*

Elle avait traversé beaucoup de périodes difficiles.

- *« Après, deuxième partie de ma vie, j'ai eu dix ans de solitude et surtout des deuils. J'ai perdu ma fille... Je raconte tout ça, c'est tellement compliqué et tout noir que... »*
- *« j'ai eu mon compte d'épreuves, alors y a un moment où on a donné, ça suffit quoi »*

Entretien 5

M^{lle} M, 28 ans, que je connais, interne en médecine, AVC brutal il y a un an chez une patiente sans aucun antécédent médical. Entretien à son domicile.

1. Maladie d'apparition brutale : rupture avec l'état antérieur

M^{lle} M. a présenté une maladie d'apparition brutale. Elle mentionnait son inquiétude quant à l'imprévisibilité de sa maladie.

- *« Donc c'est un peu inquiétant parce que c'est quand même,(...) là ce que j'ai fait, personne n'aurait pu euh s'y attendre »*

Elle mentionnait à plusieurs reprises son changement de point de vue suite à la brutalité de sa maladie et relativisait beaucoup.

- *« Parce que moi j'avais quand même comme objectif de faire une course quand même assez importante, je devais faire le marathon, et puis du jour au lendemain mon*

objectif, ben c'était plus de courir, c'était juste de me lever en fait ! d'arriver à me lever et de marcher, donc c'est sûr que ça fait un petit choc ! »

Elle réalisait après coup la chance qu'elle avait avant de présenter sa maladie.

- *« je me rends compte que, ben ma vie elle était parfaite, que j'étais parfaite que ... (rires)... que tout allait bien, ça c'est clair des fois je le pense oui ! »*

Elle notait que sa pathologie contrastait en termes de gravité avec ses antécédents médicaux.

- *« Euh, j'ai été opérée des végétations quand j'étais petite enfin des trucs banals quoi, rien de grave non... »*

2. Vision de la bonne santé : optimisme et objectifs de guérison clairs

M^{lle} M. était très optimiste et avait de l'espoir quant à l'évolution de sa maladie. Elle se sentait plus forte après sa maladie et cela lui permettait de relativiser.

- *« il faut toujours se dire qu'il y a pire dans la vie, et moi ça m'a aidé aussi au début »*

M^{lle} M. décrivait l'impact positif de sa prise en charge médicale en consultation : réassurance de son médecin, discours positif et confiance.

- *« quand j'ai eu la réponse de la cause de l'AVC peut être j'étais un peu rassurée de savoir que j'avais pas de risque de récurrence »*

Elle était satisfaite de recevoir un discours positif de la part de ses médecins.

- *« heureusement, parce que je pense que j'aurais vite lâché l'affaire sinon »*

Elle exprimait à plusieurs reprises le fait d'avoir eu de la chance dans sa pathologie : d'avoir survécu, d'avoir été prise en charge dans de bons délais, de ne pas avoir été touché de son côté dominant.

- *« je dis que j'ai beaucoup de chance »*

Depuis son AVC, M^{lle} M. définissait la santé via la notion de seuil.

Avant sa maladie, elle se trouvait en bonne santé, elle a changé d'objectif en termes de bonne santé depuis.

- *« pour moi ce serait d'être moins handicapée physiquement donc avoir récupéré l'usage de mon bras gauche, une marche on va dire correcte(...) j'ai pas encore atteint, le seuil de bonne santé ! »*

Pour M^{lle} M, la bonne santé avait une définition toute personnelle, et consistait en l'absence de séquelles de sa maladie et de risque de récurrence.

- « *mais je pense que je me sentirais en bonne santé le jour où j'aurais plus de séquelles, moins de séquelles oui ; Même si j'ai un traitement à vie, oui* »

Elle catégorisait sa santé : se trouvait en bonne santé globale (mentale et sociale) mais en mauvaise santé physique.

- « *moi je pense que je suis en bonne santé mentale et sociale ; mais pas physique.* »

Elle changeait régulièrement de point de vue concernant son état de santé mais avait un regard d'ensemble positif sur sa maladie.

- « *dans l'ensemble je suis plutôt optimiste et motivée donc heureusement* »

3. Impact majeur de la maladie dans la vie quotidienne

La maladie avait de nombreux impacts dans la vie quotidienne de Melle M.

Un impact tout d'abord sur l'organisation de son emploi du temps.

- « *je suis en rééducation après un AVC que j'ai eu en février 2017.* »

Elle décrivait ensuite un impact financier important suite à l'arrêt maladie qui a suivi son AVC. Elle se sentait dépendante de la sécurité sociale pour vivre.

- « *Parce que maintenant je suis quand même dépendante de la sécurité sociale pour les revenus* »

La maladie a aussi eu un impact sur ses relations familiales. Elle communiquait beaucoup plus avec ses proches après sa maladie car elle comprenait que sa maladie soit reconnue comme effrayante par ses proches.

- « *avant j'aurais pu partir en we sans leur dire, sans leur envoyer un message, maintenant, je peux pas faire ça, je suis obligé de leur envoyer un message,* »

La maladie a aussi eu un impact sur ses relations amicales. Elle avait rencontré beaucoup de personnes ayant fait des AVC.

Après son diagnostic, son regard sur les autres a changé.

Elle était gênée par les personnes s'exposant aux facteurs de risques cardio-vasculaires pouvant être responsables des AVC, notamment via le tabagisme.

- « *ah les gens qui fument j'ai encore du mal hein* »

Elle souhaitait les informer sur sa maladie et comment l'éviter.

- « *oui, j'aimerais bien leur dire « oui il y a le cancer du poumon mais il y a aussi l'AVC et... » Ils savent pas les gens, personne ne sait ce que c'est l'AVC...* »

Pour elle, l'éducation des personnes passait par la communication et permettrait de diminuer le nombre de personnes touchées chaque année.

- « d'en parler ? oui, oui, pour moi c'est important parce qu'il faut aussi diminuer le nombre d'AVC quand même, c'est beaucoup trop pour moi »

Enfin, son AVC avait un impact sur son histoire, et faisait partie intégrante de son parcours de vie.

- « je pense que ça fait partie de moi euh, pour toute la vie hein »

4. Le suivi médical avant le développement d'une maladie brutale : irrégulier et rare

Avant sa maladie, M^{lle} M. ne se sentait jamais malade.

- « non, j'étais jamais malade »

Elle avait un suivi médical irrégulier et ne se souvenait pas la dernière fois qu'elle était allée voir un médecin.

- « bah je me souviens pas en fait ! (...) c'était en 2013! (rires) »

Étant interne en médecine, elle se faisait également ses propres ordonnances.

- « bah... des fois je me prescrivais directement des trucs ,... »

5. Le suivi médical après le développement d'une maladie brutale : régulier, sérieux et fréquent

Suite à sa maladie, M^{lle} M. avait un suivi médical rigoureux et régulier. Elle n'avait pas revu son médecin traitant suite à son AVC.

- « le neuro-rééducateur c'est tous les 3 mois(...) le neurologue tous les 6 mois »

Elle avait changé de regard sur sa santé après le diagnostic de sa maladie

Elle n'avait plus les mêmes critères de bonne santé et se sentait en plus mauvaise santé globale.

- « après, tout ce qui est, enfin tout ce qui concerne pas la motricité, oui je suis en bonne santé ! parce que j'ai aucune autre pathologie en fait »

Elle estimait qu'il était trop tôt dans l'évolution de sa maladie pour en tirer des conclusions.

- « c'est peut-être un peu tôt pour en tirer des trucs positifs et des conclusions »

Entretien 6

Mme Z, patiente de 59 ans, d'origine Algérienne, célibataire, 2 enfants.

Vivant à Paris, suivie par le même médecin depuis plusieurs années ; pas de maladie chronique, syndrome dépressif saisonnier sans traitement actuellement, polypes coliques familiaux, reflux gastro-œsophagien.

1. Décrire sa vision de la santé : la comprendre et la contrôler

Mme Z. accordait beaucoup d'importance à comprendre sa santé.

Elle avait recours aux médecines naturelles en substitution aux médicaments. Elle ne prenait jamais d'antalgiques usuels devant des douleurs.

- « *Moi, si j'ai mal à la tête, je bois 3 litres d'eau (...) Moi je prends du curcuma* »

Elle se disait être contre les traitements à vie.

- « *Moi, les traitements à vie, tout ça...* »

Elle faisait néanmoins une exception pour le cancer, qu'elle comparait à une « bête » et considérait comme un « vrai » problème de santé.

- « *à moins d'avoir la petite bête dans le corps là, j'ai pas le choix. Y a que ça.* »

Le ressenti de bonne santé de Mme Z. était très influencé par la santé de ses proches ; elle faisait des efforts pour essayer de ne pas avoir les mêmes pathologies que les membres de sa famille.

- « *Ma grand-mère, elle est partie en pesant 160 kilos et ma mère 140, Donc j'ai pas envie. Ce qui m'amène plus à réfléchir* »

2. Noter l'influence de la santé sur la vie quotidienne : adapter son mode de vie à ses pathologies

Mme Z. notait l'influence de sa santé sur sa vie quotidienne de plusieurs façons.

D'abord par son alimentation : Mme Z. adaptait son régime alimentaire à son état de santé.

- « *Mais par exemple, au niveau alimentaire, j'ai écarté des tas de choses, naturellement et mon corps il en veut plus* »

Pour elle, la principale influence de la santé dans la vie quotidienne pouvait se manifester par l'apparition de douleurs.

- « *Oui, parce que me concernant, il est allé chercher des douleurs, qui ont complètement obstrué le fait que je pouvais avoir du bonheur, être heureuse.* »

3. Noter l'influence de la vie quotidienne sur la santé : le travail, l'entourage, le rythme de vie

Mme Z. décrivait de façon incontestable un lien entre les conditions de vie et la santé.

- *« Assurément. Assurément (...) Ah ben... je peux m'asseoir sur une vérité »*

Elle n'avait pas de doute sur le lien entre le travail et la santé : elle estimait y passer la majorité de son temps et était très sensible à ce qu'il s'y passait.

- *« au travail, on vit beaucoup plus de temps avec des gens avec qui on travaille que sa propre famille(...) Donc, on est sensible à tout ce qui peut arriver. »*

Elle attribuait même certaines pathologies médicales aux événements qui se déroulaient à son travail.

- *« On a 3 étages qui ont été inondés. On a perdu tous nos documents. J'ai eu un espèce de choc et j'ai la thyroïde, un dérèglement thyroïdien »*

Et se sentait avant-gardiste dans la prise en charge du bien-être au travail.

- *« C'était pas possible à l'époque mais j'étais quand même assez avant-gardiste parce que maintenant, ça se fait, pour la question du bien-être, bien évidemment. »*

Mme Z. faisait également un lien entre la santé de ses proches et sa propre santé.

- *« j'ai ma meilleure amie qui est en train de mourir, (...) Ça m'a beaucoup fragilisée. »*

Ce lien existait par rapport à la santé de sa famille.

Elle avait également changé de comportement face à la santé grâce à ses enfants.

- *« J'ai une chance énorme c'est que moi, mon fils est coach sportif, ma fille elle est biologiste donc déjà, ils se sont bien occupés de me prendre la tête»*

Elle établissait un lien entre son rythme de vie et sa santé. Elle décrivait faire des pauses régulières dans son rythme quotidien, prendre son temps, par exemple en rentrant déjeuner chez elle, en faisant une sieste le midi et en habitant près de son lieu de travail.

- *« Moi je vois, dans ma condition de vie, quand je pars de la maison, que je suis pas précipitée, ni angoissée, parce que je prends pas de transport, ni inquiète»*

Le télétravail était un moyen d'améliorer l'état de santé dû au stress selon Mme Z.

- *« En plus, quand ils auront compris que le télétravail, le travail à proximité, les femmes à qui on peut donner un salaire si elles le souhaitent, pour garder leurs enfants à la maison... Quand ils auront compris tout ce panel de bien-être social, ils auront moins de problèmes à la sécu, moins d'arrêts hein. »*

Mme Z. notait également une influence de la situation financière sur la santé

- « Si vous restez axé sur la santé et que vous avez quelqu'un qui a des problèmes financiers, sachez-le, essayez de l'apprendre, parce que ça, ça mine à l'intérieur. »

4. La santé : un lien fort entre le corps et l'esprit

Mme Z. souhaitait contrôler ses symptômes

- « j'aime que mon corps soit aussi contrôlé par mon cerveau »

Elle avait eu recours à des thérapies cognitivo-comportementales

- « J'ai fait beaucoup de thérapie »

Et pratiquait l'hypnose.

- « être plus active, plus présente, plus performante (...) Ça m'a enlevé beaucoup beaucoup de souffrances (...) C'est une très belle expérience, que je vais continuer »

Elle soulignait le rôle de l'hypnose dans le sentiment que le bien-être est une relation entre le corps et l'esprit.

- « et c'est vrai qu'avec Rodolphe, le thérapeute hypnotique, encore plus c'est venu confirmer, harmonie entre ma tête et mon corps. »

Pour Mme Z, devant la maladie, un bon mental permettait de se passer de médicament.

- « j'ai combattu naturellement avec mon corps. »

Elle définissait la santé comme une harmonie entre son corps et son mental.

- « C'est une harmonie, entre son corps et sa tête, tout le temps. »

5. Le rôle majeur du médecin traitant dans sa vie personnelle : un confident, un allié

Tout d'abord, Mme Z décrivait aimer le corps médical, elle avait d'ailleurs travaillé elle-même dans un centre de santé comme celui où elle était suivie en médecine générale.

- « je travaillais avec une horde de médecins ; c'était bien sympa »

Elle respectait le métier de médecin.

- « Mon entretien avec le docteur A, j'ai le respect de sa profession »

Pour elle, la relation médecin – malade avait pour base la communication et elle était très satisfaite de sa relation avec son médecin traitant.

- « Depuis ma prise en charge avec le docteur A, ce qu'il y a de bien, on est très communicantes (...) C'est très important qu'un médecin communique »

Selon elle, la communication entre le médecin et son malade permettait d'éviter des prescriptions inadaptées.

- « Et je trouve qu'une entente médicale, ça permet justement, de s'économiser et en médicaments, et en arrêts et, au contraire, de cadrer. »

Pour Mme Z, son médecin traitant devait également avoir un rôle de psychologue.

- « Parce que, quand il y a médicalement des choses, on va voir un médecin, mais pourquoi pas psychologiquement ? »

Elle appréciait pouvoir prendre des décisions partagées avec son médecin traitant.

- « j'arrive au dernier jour de mon arrêt et c'est elle qui décide avec moi, si je suis apte ou pas à reprendre, ou si j'ai encore besoin, selon... »

Elle était très satisfaite de son médecin traitant : de par sa prise en charge, et sa compréhension des besoins du patient.

- « Y a une très bonne prise en charge(...) et elle comprend les nécessités, les besoins »

Et comparait la consultation médicale à un refuge.

- « Ah oui. Ah oui, ah oui. Moi, c'est mon refuge, c'est mon refuge. »

Selon Mme Z, son médecin traitant avait plusieurs rôles : connaître son parcours de vie, sa famille et reconnaître si ses patients étaient dans l'abus.

Elle voyait son médecin comme le chef d'orchestre de sa prise en charge médicale : centraliser les informations et prendre des avis spécialisés si besoin.

- « Parce qu'en fait, on va voir des spécialistes, mais c'est le médecin généraliste qui est aux commandes de tout. »

6. Être satisfait de sa vie et avoir de nombreux projets

Mme Z. décrivait aimer sa vie et être bienveillante avec elle-même, elle n'avait jamais éprouvé autant de bien être qu'actuellement.

- « j'ai toujours été bienveillante avec moi-même »

Elle vivait au jour le jour.

- « Et c'est une journée à la fois. C'est pas la peine de se précipiter dans le temps. »

Elle résumait son bien être à faire ce qu'elle voulait quand elle le voulait.

- « En fait, je fais ce que j'ai envie, quand je veux, où je veux... voilà. »

Enfin, Mme Z était très satisfaite de ses conditions de vie.

- « Oh, très honorables. Très confortables (...) C'est absolument exceptionnel. Je suis à 15 minutes de l'île Saint-Louis, donc je m'éclate. »

Entretien 7

Patient de 69 ans, en invalidité, suivi en centre multidisciplinaire par 2 médecins généralistes. Antécédents médicaux notables : HTA - dyslipidémie - diabète de type 2 de découverte récente - BPCO - arthrose diffuse - invalidité sur pathologie articulaire du genou – hypoacousie.

1. Se présenter : avoir immigré en France pour travailler

Mr Z, est un père de famille originaire de Tunisie, il retourne en Tunisie de temps en temps.

- « *J'ai père de famille, 4 enfants (...) je suis en France depuis 68. »*

Il était à la retraite et me disait avoir beaucoup travaillé.

- « *j'ai travaillé pas mal (...) dans l'industrie, dans l'hôpital, bâtiment, sécurité »*

Mr Z était en invalidité.

- « *et j'ai le 100% (...) pour tout ; invalidité »*

2. Suivi médical : régulier - ambulatoire et hospitalier

Mr Z. était suivi en centre de santé par 2 médecins généralistes et les pensait tous les 2 comme médecin traitant.

- « *Dr A et Dr S (...) oui, médecins traitants. »*

Il avait un suivi médical régulier.

- « *j'ai des tests à faire tous les 6 mois, 4 mois, je sais pas » (...) à l'hôpital Bichat »*

3. Faible connaissance de sa santé et réticence à la prise médicamenteuse

Mr Z. était peu au fait de ses pathologies.

- « *ah euh pfff le nom comme je l'utilise pas euh, c'est la première fois... »*

Il ne se souvenait plus depuis quand il avait débuté son traitement par antidiabétiques oraux.

- « *oui ça fait au moins 4 mois, 6 mois, je, je sais pas »*

Il ne connaissait pas bien la physiopathologie de ses maladies.

- « *faut faire attention du sucre et tout ça, c'est tout »*

Il voyait la prise médicamenteuse comme une obligation.

- « *Tout à coup ils m'ont dit vous allez devoir prendre des médicaments »*

Et mettait au même plan la possible amélioration comme dégradation clinique suite à la prise de médicaments.

- « des fois ça améliore, des fois ça aggrave »

Il faisait un lien direct entre prise de médicaments et maladies.

- « si il prend ses traitements c'est qu'il a ses maladies »

Il recevait des explications sur ses médicaments par le pharmacien.

- « Y a des traitements qui me donne c'est le pharmacien qui m'explique »

4. Définir la bonne santé : notion de ressenti personnel et absence de soins

Pour Mr Z, la bonne ou mauvaise santé correspondait à un ressenti personnel.

- « Chacun sait lui-même si il est malade ou non ! »

La bonne santé correspondait à l'absence de soins et de prise de traitement.

- « d'éviter les médicaments (...) d'éviter les soins ! »

Il se sentait dans une moyenne globale de santé

- « comme tout le monde, ça dépend »
- « je dis pas que je suis en bonne santé, je peux pas dire que je suis en mauvaise santé, entre les 2 »

Mr Z. se trouvait polypathologique.

- « bien sûr ça fait beaucoup »

Pour ne pas se sentir malade, il expliquait qu'il ne fallait pas penser à la maladie.

- « Faut pas penser à ses maladies... »

Pour lui, la mauvaise santé se résumait en une impossibilité de recevoir des soins.

- « Tant qu'on soigne, on soigne, c'est ça »

Il catégorisait les maladies en fonction de leur possibilité de guérison.

- « y a une maladie donc on peut tomber en mauvaise santé, et y a des maladies où ça peut guérir »

Il faisait un lien entre la santé et les conditions de vie, via l'exemple de l'alimentation, du stress et des conditions de logement.

- « d'où ça vient la maladie ? c'est le stress, c'est l'angoisse (...) la nourriture »
- « y a des logements, ça donne mal à la santé »

5. Le médecin traitant : prise en charge paternaliste et suivi au long cours

Mr Z. ne se sentait pas acteur de sa propre santé.

P7 : « C'est pas moi qui décide c'est les médecins »

Il avait un suivi médical régulier.

Il estimait aller consulter son médecin généraliste à une fréquence normale et seulement quand il en avait besoin.

- « *j'y vais normalement (...) quand j'ai besoin d'une consultation !* »

Il n'était pas capable de se rappeler du motif ni de la date de sa dernière consultation.

- P7 : « *je peux pas savoir j'ai pas les dates dans la tête* »

Entretien 8

Mme L, patiente de 78 ans, retraitée, ancienne fonctionnaire de l'éducation nationale, célibataire, vit en colocation avec sa sœur, soignée en cabinet de ville (médecin dans son immeuble) depuis de nombreuses années.

Antécédents médicaux notables : Tuberculose miliaire - HTA - Rectocolite hémorragique - Carcinome de la parotide - carcinome séreux ovarien - Prothèse totale de hanche gauche - DMLA

1. Définir la vision de sa propre santé : relativiser malgré le fait d'être très malade

Mme L. a tout d'abord commencé à présenter ses pathologies, dont elle connaissait les facteurs déclenchants et l'évolution.

Elle avait de nombreux symptômes, qu'elle décrivait comme pénibles.

- « *À un moment donné, je pouvais plus* »

Mme L. avait le sentiment d'être une malade chronique grave.

- « *Avec tous les maux que j'ai, ça fait jamais qu'un de plus (...) Je suis une chronique à moi toute seule* »

A plusieurs reprises, elle parlait de ses symptômes en les reliant à l'impact qu'ils avaient sur sa vie quotidienne, en diminuant son autonomie.

Elle relativisait énormément son état de santé.

- « *Je vis au jour le jour. L'année prochaine, je ne serai peut-être plus de ce monde. J'en sais rien, mais bon, j'essaie de vivre le mieux possible, pour ce qu'il me reste à vivre.* »

Une des façons qu'elle utilisait était de penser à autre chose qu'à ses problèmes de santé, ou encore de faire de l'humour sur son mauvais état de santé.

- « *je fais ce qu'il y a à faire, et je pense à autre chose* »

De plus, elle relativisait en ne mentionnant pas des pathologies potentiellement graves quand on l'interrogeait sur ses antécédents médicaux.

- « Un cancer de la parotide. Y a 10 ans. Je l'avais oubliée celle-là ! »
- « Ah oui, et puis j'ai eu une tuberculose biliaire, il y a de cela 20 ans »
- « Ah mais j'avais oublié, j'ai eu une rectocolite hémorragique. J'avais oublié »

Elle avait tendance à relier sa maladie à ses symptômes : ne plus penser à la maladie lorsqu'elle est contrôlée par traitement adapté et être rappelée à l'ordre lors des poussées.

- « Non, parce que je prends 2 comprimés par jour de Pentasa et ce, depuis 20-25 ans. Et puis de temps en temps, y a, une fois par an, y a un petit quelque chose. Donc de suite, j'accentue... voilà, et puis au bout d'une semaine, tout est rentré dans l'ordre donc... et j'y pense même plus. »

Elle acceptait sans amertume que la maladie et le vieillissement amènent un changement du mode de vie.

- « Plus maintenant, puisque vu mon état qui se dégrade, mais ça me gêne absolument pas. (...) Y a un âge pour tout. Y a un âge, pour sortir, pour s'amuser. »

Pour Mme L. il n'y avait pas de doute sur l'existence d'un lien irréfutable et fort entre le cadre social et le risque maladie.

- « Oui, moi je pense y a le cadre social, y a le fait qu'il y a des gens qui boivent, donc ça incite plus tard à la maladie (...) si vous êtes bien nourri, bien machin, vous avez plus de chances de vivre plus longtemps, que si vous êtes sous-alimenté »

D'ailleurs, pour elle, le bien-être social était composé de plusieurs déterminants.

Elle le définissait tout d'abord par l'entourage social.

- « socialement, ça va bien, dans la mesure où je ne manque de rien. J'ai des amis »

Puis, par les conditions de logement,

- « Sur le plan social, c'est-à-dire, je suis bien logée »

Et enfin, par l'alimentation.

- « Ah ben oui. Que désire le peuple ? J'ai de quoi manger »

Mme L. a tenté de donner des éléments afin de définir la santé.

Elle faisait une forte distinction entre santé mentale et santé physique.

- « Ma santé physique est une chose, ma santé mentale, je dirais presque, en est une autre »

Enfin, la santé avait une place importante dans la vie de Mme L, qui organisait son emploi du temps en fonction de sa santé et planifiait sa prise en charge médicale à l'avance.

- « *Donc il va pouvoir m'opérer de la cataracte mais quand ? Parce qu'il faut, 15 jours après la chimio et 3 semaines après l'intervention en question. Ça me fait 6 semaines... Alors, j'ai pris ces 6 semaines déjà, pour me faire faire une infiltration, parce que j'ai mal au dos. »*

2. Le lien entre santé et pratique spirituelle - Spiritualité comme philosophie de vie

Mme L. avait une pratique spirituelle importante mais qui restait modérée. Elle décrivait une rupture avec l'état antérieur en s'ouvrant à la spiritualité qu'elle comparait à une philosophie de vie.

- « *Donc cela fait à peu près 30 ans, donc je m'y suis adonné tranquillement, sereinement, sans être fondamentaliste, sans me raser le crâne (...) Parce que c'est plus une philosophie qu'une religion. »*

Elle arrivait à relier ses émotions à sa spiritualité.

- « *Donc on a ces dix états qui sont constamment en nous et ils circulent, comme le sang circule, comme la vie circule »*

Et établissait un lien entre le bien-être et la spiritualité.

- « ***ces enseignements m'ont appris beaucoup de choses et m'ont permis justement, d'aborder le problème, notamment de la maladie, sous un angle différent »***

Et à appréhender sa maladie de façon plus sereine, son diagnostic ou son pronostic.

- « *Ce qui fait que je n'ai jamais stressé, quand j'ai appris que j'avais un cancer »*

3. Vivre au jour le jour

- « ***Parce que j'arrive à dire, je vis au jour le jour. Ça c'est clair et net. »***

Mme L. m'a illustré de plusieurs façons le fait qu'elle vivait au jour le jour.

Tout d'abord, elle expliquait comment elle avait changé de mode de vie lors du diagnostic de sa maladie grave.

- « *Et j'ai dit « à partir de ce moment-là, je vis au jour le jour ». »*

Elle estimait son bien-être au jour le jour.

- « *Ben, je profite du jour où je suis bien, pour faire un peu plus de ménage, sachant que demain je serai peut-être moins bien, j'aurai la flemme, et je ferai rien du tout et je culpabiliserai pas pour autant. »*

4. Se sentir chanceux dans sa prise en charge médicale

Mme L exprimait se sentir chanceuse dans sa santé de plusieurs façons.

Tout d'abord de par l'accès à des traitements spécialisés coûteux.

- « *Non mais c'est un peu triste, de voir que des personnes ne seront pas traitées, parce que c'est un produit très cher. »*

Elle exprimait le bonheur et la chance d'être française.

- « *Voilà, j'ai eu la chance de naître dans un bon pays, jusqu'à présent »*

Elle se sentait libre dans son pays et était satisfaite du système de soins français.

- « *de pouvoir bénéficier de soins médicaux auxquels j'éprouve un grand respect. »*
- « *Mais là, avec tout ce que j'ai eu, bravo, chapeau ! »*

5. Le médecin traitant : une relation unique

Mme L. décrivait une relation de confiance importante avec son médecin traitant.

- « *Voilà, donc c'est une relation de confiance que j'ai avec le docteur C »*

Elle était suivie par son médecin traitant depuis très longtemps et appréciait le fait qu'ils se connaissaient.

- « *Il me connaît depuis 30 ans (...) il connaît mes points forts, mes points faibles. »*

Elle décrivait d'ailleurs un lien établi au fil des années.

- « *On a établi un lien, c'est plus le médecin et le patient, de voisinage »*

Ainsi qu'une relation de courtoisie voire amicale.

- « *Donc d'emblée, vous allez à l'essentiel, ce qui n'empêche pas une relation courtoise, voire amicale »*

Pour Mme L, la relation médecin-malade avait un impact sur la prise en charge médicale.

- « *Alors que quelqu'un que vous connaissez depuis 30 ans, vous connaissez son curriculum vitae de santé. »*

Pour elle, la consultation médicale était perçue comme un échange.

- « *Il me connaît depuis 30 ans alors, à la limite, j'ai même pas besoin... il sait... il sait »*

La durée de la consultation avait un impact sur la relation qu'elle entretenait avec son médecin.

- « *Et puis surtout, je vous dis et vous répète, déjà il prend une demi-heure pour chaque patient, ce qui est quand même très bien »*

Enfin, Mme L était prévenante avec son médecin traitant.

- « Je vais pas l'embêter. Il a tellement de... de... de patients, que je vais à l'essentiel »
- « Ah oui, pour vous, les médecins, il faut que vous décompressiez, parce que je suppose qu'il y a une forte pression, au niveau du travail, au niveau de la responsabilité. »

Entretien 9

Mme B, patiente de 52 ans, caissière libre-service actuellement en accident du travail ; nombreux antécédents, suivie depuis longue date au cabinet.

Antécédents médicaux notables : pré-éclampsie - HTA - phlébites à répétition – 2 embolies pulmonaires - thrombophilie – maladie d'Hashimoto - kyste ovarien opéré – cardiopathie ischémique - maladie de Crohn - entorse du genou gauche en 2018 - algoneurodystrophie - otomycose chronique de l'oreille gauche.

1. Se sentir différent et spécial en ce qui concerne sa santé

Mme B. exprimait ce sentiment de différence de plusieurs façons.

D'abord, de par le nombre de pathologies présenté,

- « Ah mais je vous dis, on fait un roman sur moi, y a pas de souci »

Ensuite, de par la complexité de ses pathologies.

- « Je suis une personne qui complique toujours les situations »

Elle avait le sentiment de faire toutes les complications possibles des pathologies.

- « De toute façon j'ai toujours des petites surprises. »

Elle exprimait également le fait de se sentir spéciale dans sa santé.

- « Oh, y a de quoi faire sur moi parce que je bats les records au cabinet »

2. Le médecin traitant : un partenaire fidèle

Mme B. était suivie dans le cabinet de longue date, et décrivait être fidèle à son médecin.

Son médecin exerçait dans un cabinet de groupe et Mme B. était satisfaite de tout le personnel.

- « Ici, on a de la chance. On a des bons médecins. Très bon cabinet »

Elle insistait sur le fait que son médecin soit un médecin de famille.

Elle était attachée à son médecin : n'avait pas envie d'en changer et redoutait le moment où il devrait partir à la retraite.

- « Il va bientôt partir à la retraite (...) Et j'espère que la personne qui va le remplacer sera pareille »

Elle le trouvait unique, souhaitait qu'il ne change pas sa façon d'être et le considérait comme un bon médecin.

- « Il fait très bien son travail(...) Qu'il change pas. Qu'il continue à être comme il est »

Elle estimait d'ailleurs que ce serait une chance si tous les médecins étaient comme le sien.

- « Si tous les médecins étaient comme ça, je vais vous dire, ça serait top »

Et pensait que toute la patientèle du cabinet devait être satisfaite.

- « je dois pas être la seule à penser ça de lui, mais on doit être une bonne majorité »

Mme B. accordait de l'importance au caractère de son médecin traitant.

Elle était rassurée par son caractère qu'elle trouvait zen et droit.

- « Je le trouve tellement zen, comme des fois on arrive quand moi j'ai eu mes petits soucis, rien que le fait de le voir, qu'on parle ensemble, ça vous aide déjà... »

3. Impact et rôle de la consultation : bien-être, réassurance et communication - la consultation comme un échange -

Mme B. se sentait soulagée et en meilleure santé après la consultation.

- « On sort des fois, on est... voilà, on est bien »

Le médecin avait un rôle de réassurance.

- « Il vous rassure. »

La communication avait un rôle majeur lors de la consultation.

- « Non, non, on s'échange. C'est ça qui est important »

Le médecin traitant était d'ailleurs décrit comme un confident.

- « Pour moi, c'est que je peux me confier à une personne. Le médecin, je peux tout lui dire. »

Mme B. se sentait libre dans sa parole.

- « Avec le docteur P, on parle de tout (...) Oh oui, je lui cache rien. »
- « Des fois, on peut s'embrouiller avec mon mari, comme tout le monde, ou c'est une mauvaise période. J'en sais rien. Ben oui, bien sûr qu'il le sait »

Elle estimait qu'un médecin devait tout savoir sur ses patients.

- « Un médecin doit tout savoir sur le patient. »

- « De toute façon, il le devinera plus ou moins, il est pas bête non plus et puis il me connaît trop je pense, pour pas voir que... voilà »

4. Décrire les attentes de la part de son MT : l'écoute, la disponibilité et le diagnostic

Mme B. avait des attentes multiples concernant son médecin traitant : écoute – explications – diagnostic – traitement et orientation.

- « c'est qu'il est à l'écoute de sa patiente (...) sait vous expliquer ce que vous avez »
- « les traitements qu'il a donnés, correspondent (...) qui sait vous orienter vers... »

Elle insistait sur l'importance du suivi.

- « On fait par mois, comme ça on voit l'évolution. »

Elle était soulagée de l'ouverture de son médecin et avait le sentiment qu'elle pouvait lui demander n'importe quoi. Son médecin était également très disponible.

- « Et puis, on peut lui demander n'importe quoi(...) je peux l'appeler à tout moment »

5. Vision de la santé : se sentir chanceux d'être prise en charge malgré la mauvaise santé ressentie et son impact dans la vie quotidienne

Globalement, Mme B. se sentait en mauvaise santé, et ce, malgré ses efforts.

- « parce que quand je vois que ça s'accumule et que pourtant je fais attention (...) »

Elle exprimait une lassitude concernant son état de santé

- « Non, j'en ai ras le bol. »

Elle notait l'incidence de sa santé sur sa vie quotidienne : concernant son travail, ses activités quotidiennes et son humeur.

- « Sur le moment, ça me fout un petit peu le bourdon »

Elle faisait un parallèle entre le mode de vie et la santé.

- « C'est le comportement qu'on a tous les jours, ce qu'on fait, qui amène... »

Aussi entre l'alimentation de la santé

- « Oui. Quand vous avez pas tout ce qu'il vous faut pour manger correctement, (...), la santé ne peut pas être bonne »

Et enfin entre les conditions de logement et la santé.

- « Oui. Quand vous avez pas tout ce qu'il vous faut pour (...), vous loger, la santé ne peut pas être bonne »

Elle se sentait chanceuse de pouvoir être soignée.

- « *Tu peux te soigner, y en a qui peuvent pas* »

Et se comparait souvent aux autres afin de relativiser sa santé.

- « *T'as pas le droit de te plaindre, y en a qui sont plus embêtés que toi quoi* ».

Pour elle, la bonne santé se résumait en l'absence de pathologie, ou présenter des pathologies qu'elle considérait comme banales.

- « *En bonne santé, c'est de ne rien avoir* »

Prendre des traitements pour une maladie chronique revenait à être en bonne santé.

- « *Non, parce que ça me permet de me maintenir en bonne santé.* »

Enfin, Mme B. avait le sentiment que l'accès aux soins était limité en France, qu'il n'y avait pas d'aides disponibles pour les personnes vraiment dans le besoin.

- « *La vie fait en sorte (...) ne favorise pas l'accès à certains soins et ça, je le regrette* »
- « *On doit pas faire de favoritisme dans la médecine. C'est tout le monde au même rang.* »

Entretien 10

Entretien plutôt court, patiente peu à l'aise avec l'entretien.

Mme P, patiente de 48 ans d'origine portugaise, active, actuellement en arrêt de travail.

Antécédents médicaux notables : lombo-sciatique L5-S1 chronique - névralgie cervico brachiale gauche - syndrome dépressif chronique déclenché suite à un deuil difficile.

1. Le médecin traitant : un rôle de soins et d'écoute

Mme P décrivait très bien les rôles qu'elle attendait de son médecin traitant, et pour elle, le soin était la base de la consultation.

- « *Qu'est-ce que j'attends ? Ben, qu'il me soigne. Il est fait pour ça* »

Elle mentionnait également le rôle d'écoute, mais selon elle, le médecin devait être à l'écoute seulement si le motif de la consultation était d'ordre psychologique.

- « *Oui, ça dépend pour quoi on vient le voir. Parce que si j'ai mal au dos...* »

Mme P. avait le sentiment de venir en consultation toujours pour le même motif. Elle ne parlait pas d'autre chose avec son médecin traitant que le motif qui l'amenait. Elle était suivie dans le cabinet de longue date.

- « *C'est la consultation et puis après, voilà* »

Mme P. appréciait que son médecin traitant soit un médecin de famille, cependant, elle insistait pour que la prise en charge soit bien cloisonnée.

- « *J'aimerais pas que moi j'ai quelque chose et qu'il va le raconter à mon mari. Ça se fait pas non plus.* »

2. Souligner l'importance de son travail dans sa vie quotidienne et sa santé

Mme P. se définissait par son métier, c'était la première chose qu'elle mentionnait en se présentant. Elle faisait le même métier depuis de nombreuses années.

- « *Je travaille dans l'industrie du papier (...) ça fait 30 ans que je fais ce métier-là* »

Elle avait le sentiment de ne pas avoir choisi son travail et d'avoir été limitée dans sa carrière professionnelle du fait de ses études.

- « *Quand on vous accompagne pas à l'école, après on prend ce qu'on trouve.* »

Elle ne trouvait pas d'épanouissement personnel à aller travailler et n'accordait pas d'importance aux problèmes rencontrés via le travail.

- « *Moi j'y vais pour travailler, j'y vais pas pour m'occuper des affaires des autres. Après, c'est une question de mentalité* »

Mme P. décrivait son travail comme difficile, elle avait un travail manuel dans une usine et expliquait travailler malgré des douleurs chroniques.

- « *Je porte beaucoup de trucs lourds* »
- « *Des fois j'ai mal au dos, je dis « j'y vais pas ». Non, j'y vais quand même.* »

Elle établissait un lien entre son travail et sa santé : elle présentait des douleurs dorsales qu'elle attribuait au fait de soulever des matériaux lourds.

- « *C'est ça qui m'abîme le dos* »

Malgré cela, elle aimait son métier.

- « *C'est dur mais c'est bien* »

3. Raconter sa santé : difficultés à la définir – lien avec l'humeur et les croyances personnelles

Mme P. présentait de nombreuses douleurs chroniques invalidantes dans sa vie quotidienne.

- « *Maintenant que j'ai beaucoup de problèmes de dos, je peux pas faire grand-chose moi-même.* »

Elle prenait en conséquence de nombreux antalgiques et faisait de la rééducation.

- « J'en prends déjà souvent. » (...) « Il m'a donné du kiné »

Elle établissait d'ailleurs un lien clair entre ses douleurs et son humeur.

- « Quand j'ai trop longtemps mal au dos, c'est vrai que je fais... après, il faut se reprendre, c'est pas(...) Si le mental il va pas, après le reste ça va être encore pire »

La superstition avait une place dans son ressenti de la bonne santé.

- « Cette année, je touche du bois, pour l'instant, j'ai l'impression d'avoir passé »

Enfin, Mme P. avait beaucoup de difficulté à définir la bonne santé.

- « Ben si... oh, c'est pas parce que... social, non... je sais pas. Je comprends pas le sens de la question là. Quoi, mental... mental... c'est vrai que si on a mal au dos, c'est pas pour ça qu'on va déprimer, parce qu'on est... »

4. Attitudes en santé : ne pas se soigner soi-même et prendre sur soi pour avancer malgré la douleur

Mme P. estimait qu'avec sa pathologie du dos, elle ne pouvait pas faire d'automédication.

- « Maintenant que j'ai beaucoup de problèmes de dos, je peux pas faire grand-chose moi-même. »

Elle estimait que la prise médicamenteuse devait être encadrée par un médecin ; elle prenait l'avis de son pharmacien pour des pathologies virales bénignes.

- « Les médicaments, ça doit être suivi par les médecins »

Mme P. avait le sentiment de se soigner par obligation et allait chez le médecin quand elle n'avait pas le choix.

Elle décrivait devoir prendre sur soi pour avoir une vie quotidienne normale malgré les douleurs.

- « Si on se prend pas soi-même, si on se secoue pas, on... je sais pas. Il faut se secouer toujours, (...) Sinon, moi y a plein de jours où j'irais pas travailler hein »

5. Les conditions de vie : ne pas faire de lien avec la santé

Mme P. n'arrivait pas à définir et situer son niveau de vie.

- « Y a pire que moi, mais y a mieux que moi »

Elle ne faisait pas de lien entre la santé et les conditions de vie, et n'en parlait pas à son médecin.

- « Je sais pas. Je vois pas le rapport entre mes conditions de vie et ma maladie »

Entretien 11

Mme C, patiente de 51 ans, active, comptable, ayant une situation sociale favorisée.

Seul antécédent médical notable dans le dossier : hypothyroïdie.

1. Avoir un sentiment de bonheur et chance dans la vie quotidienne

Mme C. estimait avoir de bonnes conditions de vie.

« Mais en fait, quand on est ici, on est bien. »

Elle estimait avoir de la chance d'être française.

- *« Je trouve qu'on est du bon côté de la planète on va dire (...) Pour plein de choses »*

Elle se trouvait chanceuse dans sa santé et estimait n'avoir besoin de rien pour l'améliorer.

Elle était satisfaite de sa couverture sociale via la mutuelle de son entreprise.

- *« Au contraire, on touche du bois, parce que on a assez de la chance »*
- *« la mutuelle d'entreprise c'est bien... les lunettes, les machins comme ça, qui sont malheureusement assez chers de nos jours, ça permet de faire rembourser le reste »*

2. Importance et satisfaction de sa situation sociale

Mme C. décrivait une grande satisfaction de sa vie sociale, et ce par plusieurs moyens.

D'abord via son travail, à elle et son mari.

- *« On est cadres (...) tous les deux un travail avec un poste à responsabilités »*

Ensuite, via sa famille.

- *« On a une fille qui fait des belles études aussi »*

Puis, de par ses conditions de logement.

- *« On a une maison, on en a une deuxième maintenant ; ça joue aussi hein »*

Ensuite, via sa couverture sociale.

- *« On est cadres tous les deux donc on a quand même une bonne couverture sociale »*

Puis, par ses moyens financiers.

- *« On a des moyens »*

Mme C. avait le sentiment d'appartenir à une classe sociale favorisée, et se sentait chanceuse.

- *« Nous, on a la chance d'être dans une classe moyenne on va dire, même un peu supérieure. »*

Enfin, Mme C. établissait un lien entre la santé et les conditions sociales : elle estimait que les maladies différaient en fonction du rang social.

- *« Je pense que c'est peut-être par rapport au niveau social (...) Suivant les classes sociales, les maux sont pas les mêmes non plus »*

3. Le lien entre les moyens financiers et la santé

Mme C. faisait un rapprochement entre l'importance des moyens financiers et l'état de santé en estimant que plus le pouvoir d'achat était élevé plus il était possible de payer des soins et ainsi d'améliorer son état de santé.

Elle illustrait aussi cette idée en prenant l'exemple de l'alimentation ou encore du logement.

- *« Avoir ce confort, ça a forcément une bonne influence sur notre état de santé. »*

Elle trouvait que les soins médicaux avaient un coût élevé.

- *« le moindre examen, la moindre radio, vous en avez tout de suite pour 210€ qu'il faut avancer »*
- *« ceux qui ont pas de mutuelle, de machins comme ça, qui ont pas de prise en charge, je pense que les gens ils peuvent pas se soigner correctement »*

Et s'interrogeait sur les moyens qu'avaient les personnes aux faibles revenus de se soigner, en estimant que les aides comme la CMU par exemple, n'aidait que partiellement.

- *« Quand on voit le coût... comment font les gens pour se soigner ? »*
- *« je pense qu'il y a beaucoup de personnes qui renoncent à se prendre en charge, ou à se faire soigner, parce que ils savent qu'ils peuvent pas. »*

4. Apprécier son médecin traitant - décrire les attentes d'une consultation : écoute et confidences

Mme C. appréciait son médecin traitant, qui la suivait elle et sa famille depuis de nombreuses années. Elle habitait à proximité du cabinet.

- *« On a encore la chance de l'avoir là, parce que on se dit, après... »*

Elle appréciait particulièrement le fait qu'il soit à l'écoute en estimant qu'il était difficile de trouver un médecin avec cette qualité de nos jours.

- *« Il a su m'écouter (...) C'est pas facile de nos jours... enfin, de nos jours, qu'un médecin sache et puisse prendre le temps de nous écouter. »*

Elle faisait d'ailleurs un parallèle entre le fait d'écouter son patient et de faire le bon diagnostic.

- « *S'il nous écoute, il saura faire un diagnostic derrière* »

Et reliait le retard permanent de son médecin au fait qu'il soit à l'écoute de ses patients.

- « *Le docteur C, on l'attend un quart d'heure, une demi-heure, voire des fois plus (...) Donc on se dit, y en a peut-être un qu'il écoute trop* »

Mme C. ressentait le besoin d'être écouté en consultation et estimait que son médecin traitant apportait une écoute complémentaire à celle de son entourage.

- « *Ça fait du bien des fois de parler à quelqu'un, en dehors de son entourage proche on va dire. C'est pas la même écoute (...) Parce qu'on a besoin d'être écouté* »

Elle se confiait facilement à son médecin traitant ; elle l'informait sur ses conditions de vie privée et professionnelle et appréciait que son médecin s'y intéresse.

- « *Ah oui, facilement, y a le dialogue. Y a pas de souci.* »
- « *Il nous pose souvent la question de savoir comment ça va, comment ça se passe, où on en est. Il est à l'écoute aussi.* »

5. Décrire la vision de sa santé

Mme C. se trouvait en bonne santé, malgré ce qu'elle appelait ses petits maux. Elle n'éprouvait aucun manque pour se sentir en meilleure santé.

- « *Bien malgré tout, malgré les petits maux* »

Elle voyait sa santé comme simple, expliquait ne jamais avoir eu de gros problèmes de santé.

- « *De toute façon, ça s'arrête à des simples visites, des radios, des machins comme ça, mais y a jamais eu de... Ben, je suis rarement malade* »

Elle comparait le corps à une machine et donc la mauvaise santé au surmenage physique et psychologique.

- « *on s'investit trop, et on pousse, on pousse la machine et à un moment la machine fait « ouh, ouh, stop » (rires).. Voilà.* »

Elle avait du mal à définir sa santé.

- « *Je me suis pas posé la question (...) Je sais pas comme ça vous répondre là.* »

Mais estimait que la bonne santé était en lien avec l'autonomie.

- « *Plus. Forcément. S'il fallait dépendre de quelqu'un, ou d'une machine ou de quelque chose, oui ben, forcément ça... On s'aperçoit, quand on perd son autonomie...* »

Et que la bonne santé signifiait maintenir une vie quotidienne normale, que ce soit personnelle ou professionnelle.

- « Ça m'empêche pas de vivre. Ça m'arrête pas »

6. L'influence de l'environnement sur la santé

Mme C. décrivait une forte influence du mental sur la santé.

- « Non mais pour moi, le mental y fait beaucoup, de toute façon »
- « Si on a un fort mental, je pense que ça aide à lutter contre tout »

Ainsi que l'influence positive de son entourage personnel et professionnel.

- « L'environnement y fait beaucoup aussi, l'environnement personnel »
- « Si on est bien entouré de partout, je pense que ça facilite aussi le bien-être. »

Elle décrivait l'importance du mode de vie sur sa santé.

- « **Le fait d'avoir ce confort, ça a forcément une bonne influence sur notre état de santé.** »

Enfin, Mme C. mentionnait l'influence du travail sur la santé : à la fois de façon négative car le travail à responsabilité pouvait mettre en péril sa santé, notamment via le stress, mais aussi positivement en expliquant qu'avoir un travail à responsabilité influençait la bonne santé via les bonnes conditions de vie.

Entretien 12

M^{lle} A, patiente de 21 ans, (la plus jeune interrogée), qui vient de finir ses études et de décrocher un CDI. Suivie dans le cabinet médical depuis de nombreuses années.

Antécédent médical notable : bipolarité suivie initialement en psychiatrie puis arrêt du suivi spécialisé - névralgie cervico-brachiale gauche - cystites - colopathie fonctionnelle.

1. Rôle central de la santé dans la vie

La santé avait une importance dans la vie quotidienne de M^{lle} A. et était une de ses principales préoccupations.

Elle surveillait sa santé régulièrement.

- « On va se revoir normalement la semaine prochaine pour voir, au niveau de l'évolution de la douleur s'il y a quelque chose qui a changé »

Elle faisait rapidement de nombreux examens complémentaires.

- « oui, c'était rapide, oui. Je crois que c'est 3 jours après que j'ai fait l'IRM, après le rendez-vous médical, là. »

Et s'inquiétait quand quelque chose n'allait pas.

- « J'ai commencé à m'inquiéter parce que j'ai un kyste ou un problème à l'ovaire »

Mlle A. était rassurée après un avis médical et remarquait souvent la disparition des symptômes après la réalisation d'examens complémentaires normaux.

- « et qu'on me disait « c'est rien, faut juste prendre un spasfon, y a rien de grave, c'est juste des spasmes », rien qu'en sortant de l'hôpital, je me sentais mieux. »

2. Définir sa propre vision de la santé : souligner l'importance du mental et de la compréhension de ses symptômes

« Être en bonne santé, c'est juste être bien. »

Mlle A. trouvait difficile de définir la bonne santé.

- « Alors, être en bonne santé ? Ouh la la, c'est compliqué ça comme question. »

Pour elle, la bonne santé était avant tout poly factorielle.

- « Je pense que c'est un ensemble de choses qui font qu'on est en bonne santé. (...) Et tout ça c'est lié quoi. »

Elle mentionnait l'importance de sa composante psychologique, et du fait de ne pas présenter de douleurs chroniques.

- « Être en bonne santé, c'est déjà, psychologiquement, il faut être bien »

Et mentionnait l'importance selon elle, de relativiser ses symptômes, et d'éviter les facteurs de risque de développer une maladie.

- « Et si on a une douleur, ne pas se dire « oui c'est hyper grave » et tout, juste « ça va passer, c'est pas grave ». »

Pour Mlle A, la bonne santé était synonyme de bien-être.

- « Être bien avec nous-même, être bien comment on est physiquement »

Concernant la mauvaise santé, elle n'était pas synonyme de maladie selon elle.

- « C'est pas spécifiquement la maladie qui rend quelqu'un en mauvaise santé. »

Mlle A. faisait spontanément un clivage entre bonne santé physique et bonne santé mentale, en établissant une hiérarchie (la santé mentale avant physique).

- « Psychologiquement déjà il faut être bien. Ensuite, physiquement »

Elle notait l'influence de la santé mentale sur la santé physique et la guérison.

- « Pas la combattre en entier mais je pense qu'il y a beaucoup de facteurs psychologiques qui peuvent entrer en (...) compte »

Plusieurs critères pouvaient influencer la santé selon elle, notamment l'hygiène de vie et les relations sociales.

- « Ça dépend de l'hygiène de vie (...) après y a toutes les relations humaines qu'on a avec notre entourage »

Enfin, M^{lle} A. insistait sur le fait de comprendre sa santé pour mieux l'appréhender.

- « j'aime bien quand on m'explique quel est le cheminement de... enfin, pourquoi j'ai ça, qu'est-ce qui se passe dans mon corps, qui explique cette maladie »

3. Établir un lien entre sa santé et sa vie quotidienne

- « Parce que je pars du principe que si on est malade, c'est qu'il y a une raison, qu'on a mal mangé ou qu'on a fait un truc qu'il fallait pas. »

M^{lle} A. établissait un lien entre sa santé et son mode de vie.

- « j'ai mal au ventre, et j'estime par moi-même que c'est lié à mes conditions de vie, »

Elle faisait également ce lien entre sa santé et son travail. Elle reliait par exemple l'apparition de symptômes à une augmentation des responsabilités à son travail.

- « C'est comme les gens qui ont mal au dos, ben plein de psychologues vous diront « ouais, c'est parce que t'en as plein le dos ». Tu as trop de responsabilités à porter ou t'as des problèmes dans ta famille, un truc comme ça. » L355

Et entre sa santé et son pouvoir d'achat.

- « si par exemple j'ai pas les moyens de m'offrir un jambon Cora au lieu d'un jambon Mini, si je prends le jambon Mini, je vais avoir une gastro ; si je prends le jambon Cora, je vais pas avoir de gastro »

Enfin, selon M^{lle} A, les conditions de vie dépendaient de la société ce qui influençait l'état de santé.

- « Donc ça dépend vraiment de notre société »

4. Être très satisfaite de la prise en charge globale de son médecin traitant

4.1 Avoir un médecin traitant qui répond à ses attentes :

M^{lle} A. avait un médecin de famille, toute sa famille le connaissait et il connaissait toute la famille.

- « En fait, il connaît toute ma famille (...) Toute ma famille le connaît »

Elle ne souhaitait pas être prise en charge par un autre médecin, quitte à présenter des douleurs plus longtemps.

- « Et même plus douloureux, quelque chose comme ça, là je vais attendre et je vais dire « ok, tant pis si je souffre mais je vais attendre », parce que c'est lui. »

Elle était très fidèle à son médecin traitant et le connaissait depuis toujours.

- « Le docteur C, depuis que j'ai 6 mois. Je le connais depuis toute petite. »

Et ce suivi depuis l'enfance améliorait sa prise en charge médicale selon elle.

- « Du coup, il sait par exemple qu'il y avait des traumatismes quand j'étais petite qui devaient certainement refaire surface à l'adolescence »

Elle appréciait la grande disponibilité de son médecin traitant.

- « J'ai un rendez-vous, la plupart du temps, soit le lendemain, soit le surlendemain »

Et le consultait donc en cas d'urgence.

- « pendant une journée y a un gros problème et tout, on va pas avoir par exemple le réflexe d'appeler SOS Médecins ou le SAMU. Non, on va appeler le docteur C. »
- « au lieu d'aller à l'hôpital directement on va voir le docteur C. S'il donne son aval pour aller à l'hôpital, là on va à l'hôpital »

M^{lle} A. appréciait également que son médecin la connaisse bien, pour permettre une prise en charge globale.

- « Il me connaît par cœur, donc...il sait quelles sont les petites failles de mon organisme»

Elle communiquait beaucoup avec lui.

- « En fait, comme il me connaît depuis beaucoup de temps et qu'on parle souvent, même pas forcément quand il y a des problèmes de moral, il sait pas mal de choses qui se passent dans ma vie et tout, et tout »

Il avait donc un rôle d'écoute important.

- « Moi j'attends déjà, qu'il écoute quel est le problème, quelle est la maladie, quels sont les symptômes et tout. »
- « C'est pour ça que je reviens assez souvent, pour le suivi psychologique »

M^{lle} A. avait une grande confiance en son médecin traitant, ce qui lui permettait de se confier.

- « J'ai vraiment confiance en lui. »

4. 2 Avoir une relation très spéciale : le médecin traitant comme un ami

Elle décrivait son médecin traitant comme un point de repère.

- « *Le docteur C, c'est notre point de repère médical, c'est notre point de repère. »*

Elle avait le sentiment de pouvoir compter sur lui en toutes circonstances.

- « *Si on a n'importe quel problème, on va l'appeler, c'est obligé »*

Pour M^{lle} A, son médecin traitant était comme un ami.

- « *Mais en fait, c'est comme un ami »*

Elle le comparaissait même à un membre de sa famille.

- « *C'est quelqu'un... on tient à lui »*
- « *Enfin, c'est vraiment comme quelqu'un qui fait partie de la famille »*

5. Le médecin traitant comme substitut au spécialiste

M^{lle} A. décrivait une déception de son suivi spécialisé (psychiatrique) et hospitalier, et l'avait arrêté pour être suivie par son médecin traitant.

- « *Du coup, j'ai coupé les ponts avec ce psychiatre et du coup, je me suis retournée vers le docteur C »*

Elle justifiait cet arrêt de suivi en expliquant que son médecin traitant la connaissait mieux et pouvait lui offrir le même suivi que son médecin psychiatre.

- « *qui me connaissait beaucoup mieux en fait, déjà de un. Et de deux, qui était dans la capacité de me donner des médicaments que le psychiatre me donnait aussi. »*
- « *Y a un moment où j'ai dû revenir ici presque une fois par semaine, parce que j'ai été sous antidépresseurs, neuroleptiques et tout »*

Entretien 13

Mme L, patiente de 66 ans, retraitée depuis peu, ancienne professeur de mathématiques.

Marquée par des pathologies articulaires qui l'handicapent dans la vie quotidienne. Un fils ayant une maladie chronique cardiaque grave.

Antécédents médicaux notables : HTA - syndrome dépressif chronique - hypothyroïdie - glomérulonéphrite dans l'enfance - arthrose diffuse - entorses à répétition - fracture du poignet gauche en 2016.

1. Avoir un suivi médical régulier et fidèle – avoir une bonne observance thérapeutique -

Mme L. décrivait un suivi médical régulier, et ce, depuis l'enfance, suite à une maladie chronique rénale.

Elle était suivie par son MT de longue date et continuait à aller le voir même après avoir déménagé.

- « *Depuis que je suis arrivée à Draveil. Après j'étais à Montgeron. Je suis à Brunoy maintenant et je continue à le voir (...) « ça fait des années que je vois le docteur C. »*

Elle décrivait une bonne observance thérapeutique à l'âge adulte...

- « *Je suis très sérieuse là-dessus* »

... Après avoir eu une mauvaise observance à l'adolescence.

- « *On n'est pas sérieux et donc, j'ai fait enlever le plâtre au bout de 15 jours, et je suis remontée à cheval* »

2. Les rôles du médecin traitant : avoir une bonne réputation, exercer une médecine généraliste, connaître ses patients et bien les orienter

Mme L. a longuement parlé des différents rôles qu'elle attendait de la part de son médecin généraliste. D'abord, elle accordait de l'importance à la réputation de son médecin traitant, elle l'avait choisi suite à une recommandation d'une de ses collègues.

- « *il est très aimé de ses patients.* »

Elle accordait beaucoup d'importance au relationnel lors de la consultation.

- « *Il a une relation - c'est pour ça que je l'ai gardé - (...) Donc ça implique de discuter avec la personne, donc ne pas faire abstraction de la personne.* »

Et à la confiance qu'elle avait en son médecin traitant.

- « *Le problème, c'est d'avoir confiance en son généraliste* »

Le médecin traitant devait bien connaître ses patients, ainsi que leur famille, et devait être un médecin d'orientation.

- « *C'est un médecin qui connaît la famille et qui en sait beaucoup plus que les autres médecins que l'on peut voir, sur la personne et qui va... euh, n'hésitera pas à euh... c'est aussi un médecin d'orientation.* »

Cette médecine d'orientation était très importante pour Mme L. et elle appréciait que son médecin prenne un second avis si cela était nécessaire, ce qu'elle comparait à de l'honnêteté intellectuelle.

- « *C'est un médecin qui va orienter vers, je sais pas, le cardiologue, vers le... Et c'est ça un médecin généraliste pour moi (...) L'honnêteté intellectuelle, de dire « mais, ne nous décourageons pas, nous allons trouver ». Voilà, une honnêteté intellectuelle... »*

Elle accordait de l'importance au fait que son médecin n'exerce que la médecine générale et non de sous-spécialités.

- « *Donc c'est un médecin de famille pour moi un médecin généraliste, et c'est un médecin qui va pas essayer de euh... qui se tient au courant de beaucoup de choses mais il va pas essayer, comme certains médecins généralistes, de faire... Y a des gens comme ça, qui font un stage et puis après, hop, qui vont faire acuponcture et puis on va demander plus aux patients. »*

Mme L. accordait une grande importance à ce que son médecin soit un médecin de famille.

- « *Le docteur C, c'est le docteur de la famille, donc si j'ai des soucis avec mon fils et tout... de toute façon, il les connaît, il les a connus tout petits »*

Et le définissait comme un médecin qui voit à la fois des naissances et des décès.

- « *c'est quelqu'un de la famille donc c'est quelqu'un qui, je suppose qui suit une famille, qui a vu des naissances, des décès, ... »*

Elle prenait des décisions partagées avec son médecin.

- « *Mais je suis venue voir mon médecin généraliste, pour lui dire « qu'est-ce que je fais ? Qu'est-ce qu'on fait ? »*

Ses principales attentes se résumaient en écoute, diagnostic, orientation ; de plus elle appréciait le fait qu'il fasse des visites à domicile et qu'il ait le sens de l'humour.

- « *Le docteur C lui, il rigole. Il a beaucoup d'humour »*

3. Avoir le sentiment d'être spécial dans sa santé

De plusieurs façons, elle se sentait spéciale et un cas à part dans sa santé.

- « *Là, vous avez une patiente à interroger qui (rires)... est un cas ! »*

Elle trouvait sa prise en charge complexe.

- « *C'est compliqué hein ? »*

4. La rupture avec l'état antérieur : impact et conséquences sur la santé

Mme L. décrivait plusieurs épisodes de rupture avec l'état antérieur.

Via son travail : nouvellement retraitée et sentiment d'exclusion de par l'arrêt de l'activité professionnelle.

- « Et vous verrez, que quand on approche de la retraite, les jeunes ils vous poussent tout doucement, allez hop, mise au placard (rires) »

Via sa situation familiale : elle parlait de son divorce inattendu et son changement de situation brutal.

- « Vous savez, vous pensez connaître les gens, mais vous ne les connaissez pas et il se peut que dans la seconde, la personne devant vous fait volte-face »

Via ses conditions de logement

- « Le divorce, ça fait beaucoup de choses hein. »

Via son état de santé : elle décrivait son divorce comme le facteur déclenchant de son épisode dépressif et avait dû débuter un traitement par antidépresseurs.

- « En fait, ça a été un petit peu un facteur déclenchant (...) Je me suis pris un mur et donc le docteur C, à l'époque m'a donné du Deroxat. »

Et enfin, elle décrivait une rupture via sa situation financière

- « J'ai dû arrêter et donc j'ai eu de gros soucis parce que j'avais dépassé, du point de vue de la sécu, j'avais dépassé, donc j'étais en demi-salaire. »

5. Se sentir en bonne santé en vivant en harmonie avec son corps, malgré la polypathologie

Mme L. se sentait polypathologique, elle comparait la liste de ses antécédents à un catalogue.

Malgré cela, Mme L. se sentait en bonne santé globale.

- « Je suis en bonne santé, mais j'ai un handicap (rires). Je peux pas faire ce que je veux. »

Pour avoir ce sentiment, elle se comparait à d'autres patients, relativisait son état de santé.

- « Donc à l'époque, on parlait même d'une opération, de lui poser un défibrillateur cardiaque à 25 ans. Alors vous savez, moi je m'estime en bonne santé. »

Elle était curieuse de sa santé et avait tendance à faire ses propres diagnostics.

- « j'ai tendance moi à faire des diagnostics : est-ce que ça peut être ça, ça ou ça ? »

Elle vivait en harmonie avec son corps, décrivait ses symptômes physiques comme un cri d'alarme .

- *« il vaut mieux vivre en harmonie avec son corps (...) je pense qu'au bout d'un moment, ben, y a le corps qui crie, comme si c'était le corps qui criait »*

Elle décrivait facilement l'impact de sa santé dans sa vie quotidienne et les limitations que cela engendrait.

- *« pour moi par exemple, le ski, c'est pas la peine hein (rires). »*
- *« j'ai pas besoin de courir et donc, je ne peux plus mettre de très hauts talons, parce que j'ai le ligament qui est distendu, »*

Et à l'inverse, décrivait aussi l'impact de sa vie quotidienne sur son état de santé : devoir faire attention.

- *« Depuis que je suis à la retraite, je fais attention »*

6. Les médecines alternatives et les activités complémentaires pour améliorer sa santé

Mme L. pratiquait des activités adaptées à sa santé et dans le but d'améliorer son état de santé. Elle attribuait une nette amélioration de sa santé à sa pratique du Qi-Gong.

- *« Je pratique le Qi-Gong qui me permet de me sentir beaucoup mieux au niveau du dos (...) un Qi-Gong qui est thérapeutique qui est lié aux saisons et aux organes »*

Elle pratiquait également la médecine chinoise et de la réflexologie plantaire.

- *« je suis très influencée par (rires) ma prof de Qi-Gong qui exerce de la médecine chinoise (...) la médecine chinoise : acuponcture et réflexologie plantaire »*

Enfin, elle faisait aussi de l'ostéopathie, ce qui lui permettait de sursoir à la prise de médicaments anti-inflammatoires

- *« Voir un ostéopathe, ça m'a permis d'éviter les anti-inflammatoires »*

7. L'impact de la santé de l'entourage sur la vie quotidienne

Mme L. décrivait de façon intéressante l'impact qu'avait eu la santé de son entourage sur sa vie quotidienne et sa propre santé.

Son mari était stérile et ils avaient adopté des enfants, son fils avait une pathologie lourde.

- *« Mon mari était stérile et on a adopté des enfants »*
- *« j'ai mon fils qui, il y a 2 ans, a déclaré une pathologie cardiaque assez importante, et qui est suivi par un cardiologue (...) ça a été quand même mon grand souci. »*

Elle devait s'occuper seule de ses parents.

- « *maman qui a 92 ans, qui commence à perdre un peu la tête* »

Mme L. décrivait également les problèmes de santé de son entourage.

Enfin, elle dérivait ne pas pouvoir interrompre son traitement antidépresseur du fait de l'angoisse générée par les problèmes de santé de son entourage.

- « *Parce que j'avais voulu arrêter et là, c'était pas possible quoi* »

8. Relier la santé aux conditions de vie

Mme L. établissait un lien fort entre les conditions de vie et la santé.

Elle illustrait cette théorie en prenant l'exemple des patients qui ne partent jamais en vacances et qui développaient un syndrome dépressif.

- « *les gens qui prennent jamais de vacances, faut pas s'étonner qu'ils soient un peu déprimés, d'accord ?* »

Connaitre les conditions de vie des patients permettait de faire un meilleur diagnostic pour le médecin traitant, elle insistait sur le fait de prendre en compte le patient dans sa globalité.

- « ***Donc il faut forcément être au courant des... de ce qui se passe dans la vie de la personne. Parce que c'est lié, et ça permet de... je pense de poser un bon diagnostic, et c'est ce qu'il fait, je me permets de le dire! (...) tout est lié. C'est ce que je pense.*** »

9. Relier la santé au contexte social

En plus des conditions de vie, selon Mme L. le contexte social influençait la santé.

- « *Donc je pense que euh, tout est lié, c'est-à-dire que euh le milieu social peut engendrer euh, ben il avait une infection du bras, euh, il avait des problèmes d'intestins... bon euh, donc les conditions de vie peuvent si elles ne sont pas bonnes, générer des pathologies.* » L551

Il influençait également le soin et la prise en charge médicale.

- « *Parce que les gens ils vont ne pas aller se soigner.* »

Elle attribuait le développement de certaines pathologies au contexte social : les patients en situation sociale précaire ne développaient pas les mêmes pathologies que les patients en situation sociale favorisée.

- « ***donc il peut y avoir disons des pathologies forcément qui seront peut-être même spécifique aux milieux sociaux défavorisés*** »

Selon elle, le milieu social était un frein pour le soin en France.

Elle estimait que certaines personnes profitaient du système, et que la plupart des patients ne connaissait pas leur droit, ce qui limitait leur accès aux soins.

- « *Donc il y a des gens qui vont profiter du système et puis il y a des gens qui ne vont pas oser, et qui ne sauront pas si ils ont des droits.* »

Enfin, il existait selon Mme L. un frein culturel à aller consulter en France pour certains patients en situation sociale défavorisée.

- « *Ils ont le droit, à être vu par un médecin ou à des soins, ou d'autres qui ne vont pas oser pour des problèmes aussi de, de, comment de pauvreté, avec des cultures qui sont différentes.* »

Discussion

1) Présentation des principaux résultats

Selon la vision biomédicale, l'amélioration de l'état de santé d'une population résulterait de techniques scientifiques. Néanmoins, l'état de santé d'une population est soumis à l'influence de nombreux autres déterminants. Le codage et l'analyse des entretiens individuels de ce travail, ont fait ressortir cinq grandes catégories, traduisant la perception des facteurs entrant en compte dans le sentiment de bonne santé.

Nous n'avons pas recherché de consensus mais plutôt une cohérence entre tous ces entretiens.

1. Le bonheur

Lors des entretiens, les patients insistaient sur le fait qu'ils étaient heureux. Sans que cette question ne leur soit directement posée, ils s'exprimaient sur leur bonheur quotidien et faisaient donc directement le lien entre le bonheur et leur état de santé. Cette association a longtemps été un sujet d'intérêt dans la littérature (30) et était exprimée de plusieurs manières dans les entretiens.

1.1. Relativiser sa santé

La plupart des patients relativisaient leur état de santé. Ils minimisaient leurs antécédents médicaux lourds, s'en rappelaient en milieu d'entretien ou les omettaient clairement.

Dans ce cas-là, le médecin traitant les mentionnait lors du questionnaire de fin d'entretien.

Sur les 13 patients interrogés, 6 n'avaient pas mentionné des antécédents considérés comme significatifs par leur médecin traitant.

Ils comparaient également leur santé à celle de malades de leur connaissance, pour se dire qu'il y a finalement pire que soi. Cela confirmait le rôle déterminant de la comparaison sociale dans le sentiment de bonheur, ou l'application sociologique de la phrase de Jules Renard : « il ne suffit pas d'être heureux, encore faut-il que les autres ne le soient pas ! » (31). L'appréciation que nous portons sur notre propre situation est influencée par sa comparaison avec celles d'autres personnes vivant dans un environnement social proche. Ainsi, la plupart des patients interrogés relativisaient leur état de santé en la comparant à celle de personnes

rencontrées ayant des pathologies plus lourdes, leur permettant de se percevoir en meilleure santé.

1.2. Vivre au jour le jour

Certains patients nous ont décrit être heureux en vivant au jour le jour et en profitant de chaque instant, sans avoir de regrets. Ils décrivaient comment ne pas penser à la maladie afin de ne pas se sentir malade. Certains nous ont expliqué être bienveillants avec eux-mêmes et en tirer un impact positif sur leur santé. Pour eux, la bonne santé correspondait à vivre en harmonie avec leur corps. Le symptôme était comparé à un cri d'alarme. En mettant la maladie de côté, ils se sentaient plus apaisés, leur permettant de mieux profiter de leur vie quotidienne. Alors, pour être heureux et se sentir en bonne santé, faut-il forcément s'échapper de la réalité ? Faut-il davantage profiter des répit de la maladie et vivre au jour le jour plutôt que de lutter pied à pied contre la maladie ?

Le « carpe diem » du poète latin Horace, traduit littéralement par « cueille le jour présent sans te soucier du lendemain » illustre cette philosophie, décrite par certains patients interrogés. Elle a ensuite été reprise par de nombreux auteurs, notamment Épicure.

Il définit la perfection de la vie heureuse comme l'ataraxie de l'âme, c'est-à-dire la quiétude de celle-ci, à laquelle il vient ajouter la santé du corps.

C'est donc le plaisir, entendu comme l'absence de souffrance pour le corps et l'absence de trouble pour l'âme qui constitue le « commencement et la fin de toute vie heureuse » (32).

Pour Épicure, la recherche du plaisir est le propre du bonheur, il correspond à un bien et la douleur à un mal. Lors des entretiens, les patients qui décrivaient vivre au jour le jour s'inscrivaient dans cette démarche : mettre de côté la souffrance mentale et psychique et profiter de l'instant présent. Certains d'entre eux pratiquaient la méditation, ils expliquaient mieux relativiser leur santé et se sentaient plus apaisés depuis le début de leur pratique. Ils présentaient moins de douleurs après la pratique du yoga ou de l'hypnose par exemple. Une patiente expliquait que la méditation et la réflexion quotidienne l'avaient aidé à appréhender l'annonce diagnostique de sa maladie et son pronostic sombre.

Cette idée est retrouvée dans la littérature scientifique : chez des patients interrogés quotidiennement, le ressenti concernant leur santé est meilleure lorsqu'ils étaient satisfaits du déroulement de leur journée (33).

1.3. *Se sentir chanceux*

Étymologiquement, le bonheur est ce qui est de bon augure (*bonum augurum*), correspondant à la chance, le sort heureux (34). La grande majorité des patients intégraient la notion de chance dans leur santé. Ils évoquaient la chance d'avoir eu un bon diagnostic, d'avoir été pris en charge, de ne pas avoir de récurrence de maladie. Certains insistaient également sur la chance d'être soigné en France et de bénéficier d'un système de couverture sociale. Ce sentiment de destinée heureuse était en lien avec un sentiment de superstition présenté par quasiment tous les patients. Ils avaient eu de la « chance » de ne pas être malade avant, d'avoir eu un traitement adéquat, d'être bien suivi. Plusieurs d'entre eux, touchaient la table (« je touche du bois ») lorsque leur état de santé était évoqué pendant l'entretien.

1.4. *Avoir des projets et une vie sociale riche*

Certains patients ont décrit leur projet, qu'il soit professionnel ou privé, de voyage ou de vie future. Ils mentionnaient également en lien avec le bonheur, le fait d'avoir une vie sociale riche. On retrouve cette notion dans un travail de recherche majeur, la *Grant study*, étude débutée en 1938 par la chaire sur le développement adulte de l'université de médecine d'Harvard. Ces principaux résultats ont été exposés par le Pr Wallinger, lors d'une conférence en novembre 2015. « Qu'est ce qui nous garde en bonne santé et heureux toute notre vie ? », voici ce à quoi cette étude de grande envergure cherchait à répondre. Pendant 75 ans, 724 hommes ont été interrogés, 268 hommes ont été sélectionnés au sein de la promotion de 1939-1944 d'Harvard et l'autre parmi une population de jeunes de 11 à 16 ans issus des quartiers populaires de Boston. Soixante de ces hommes sont encore vivants et continuent de participer à l'étude. Plusieurs conclusions émergeaient de ce travail : la première est que les relations humaines étaient excellentes pour le bien-être et que la solitude tuait. La deuxième est que, pour être heureux, la qualité des relations prévalait sur la quantité. Ensuite, les relations dites « bonnes », avaient un effet protecteur sur le plan cognitif. Enfin, la situation sociale n'avait pas d'influence sur le bonheur, les personnes vivant dans des conditions sociales défavorisées n'étaient pas moins heureuses. Le message le plus évident de cette recherche est que les relations sociales riches rendent plus heureux et en meilleure santé. Le bonheur a donc un impact positif majeur sur la santé et passe par le fait d'avoir des relations de bonne qualité, comme l'ont décrit certains patients de notre étude.

Ce lien entre bonheur et santé est universel, et cette « recette du bonheur » intéresse, puisque la conférence du Pr Waldinger a été visionnée plus de 22 millions de fois !

1.5. Lien entre santé perçue – santé réelle et bonheur

On pourrait imaginer que les personnes ayant une bonne santé réelle, établie selon des critères objectifs, seraient plus heureuses que des personnes en mauvaise santé. Or, ce n'était pas le cas. Dans cette étude, les patients en mauvaise santé objective n'exprimaient pas être plus malheureux que les patients en bonne santé. En d'autres termes, il existait un lien entre le bonheur des patients et leur santé perçue, non réelle.

Dans cette optique, on notait que l'association empirique entre le bonheur et la santé était généralement plus forte dans les études utilisant un système d'automesure de la santé par les patients interrogés (correspondant à la santé ressentie) que celles utilisant un système objectif de mesure médico-technique, correspondant à la santé réelle (35). Il est donc primordial de recueillir en consultation le sentiment de bonne ou mauvaise santé perçue et de s'enquérir du sentiment de bonheur et de bien-être de ses patients.

2. L'intimité avec le médecin généraliste

On peut se poser la question du rôle du médecin généraliste sur l'amélioration de la qualité de vie, et de la bonne santé de ses patients. D'après les patients interrogés, un des aspects majeurs de leur ressenti de bonne santé résultait de la prise en charge par leur médecin traitant, qu'ils évoquaient de plusieurs façons. Être satisfait de son médecin généraliste - médecin de famille, avoir une relation fidèle et privilégiée avec lui, recevoir une écoute bienveillante associée à une durée de consultation jugée longue, étaient les critères majeurs que les patients interrogés attendaient de leur médecin. Toutes ces attentes, en rapport avec l'amélioration de leur santé pouvaient se regrouper dans une volonté de sentiment d'intimité partagée avec leur médecin.

2.1. Satisfaction générale du MT

Tous les patients étaient très satisfaits de leur prise en charge médicale et appréciaient particulièrement leur médecin traitant, qu'ils le connaissent depuis peu de temps ou de très longue date.

Beaucoup de paramètres entraient en compte dans le rôle que jouait le médecin traitant dans la bonne santé mais les plus fréquemment mentionnés concernaient la relation médecin malade. Certains patients mentionnaient leur médecin comme un partenaire, un confident, d'autres le considéraient comme un ami.

2.2. Une relation privilégiée

Ils se sentaient dans une relation privilégiée, unique, qui permettait à certains patients de prendre des décisions partagées ou à d'autres, d'avoir confiance en leur médecin qui leur offrait une relation plus paternaliste, selon le principe de bienveillance, modèle historique en France (36) . Les patients étaient fidèles à leur médecin traitant et expliquaient préférer le voir plutôt que son remplaçant. La consultation était vécue comme un échange et un moment permettant les confidences. Pour plusieurs patients, la consultation était synonyme de bien-être, de prendre du temps pour soi, de lâcher prise.

2.3. L'écoute

Une attention toute particulière était portée à l'écoute apportée par le médecin.

C'était souvent le critère le plus important mentionné par les patients lors des entretiens, et ce, avant les capacités diagnostiques ou thérapeutiques du médecin. Cette notion d'écoute et d'empathie se retrouve confirmée dans de nombreux travaux (37,38).

L'écoute apportée par le médecin occupait donc une place majeure. Elle est intégrée dans les objectifs de compétences à acquérir lors du deuxième cycle des études médicales en France : « Les compétences à acquérir sont celles de communicateur, de clinicien, de coopérateur, membre d'une équipe soignante pluri professionnelle, d'acteur de santé publique, de scientifique et de responsable au plan éthique et déontologique. » Par ailleurs, le premier objectif des stages (ambulatoires ou hospitaliers) pour les étudiants en médecine est le suivant : « appréhender la relation médecin patient en médecine générale et la place du médecin généraliste au sein du système de santé » (39).

Ainsi, l'acte médical ne se réduit donc pas à un acte scientifique. Patients, sociétés savantes et politiques s'accordent pour une médecine où l'implication du patient passe au premier plan, et où le médecin doit écouter ce que son patient a à dire. L'écoute a donc un but pragmatique : le diagnostic. Comme le disait William Osler, « si vous écoutez attentivement

votre patient, il vous donnera son diagnostic ». Elle a également un but informatif : en effet, avant de communiquer avec son patient, le médecin écoute ses doléances. Enfin, elle permet d'amener le patient à mieux adhérer à sa prise en charge (40). La relation médecin-malade toute particulière que décrivait les patients de notre étude participait donc au sentiment de bonne santé.

2.4. Le médecin de famille

Un critère important évoqué par les patients dans la prise en charge de la santé était le fait que leur médecin traitant soit un médecin de famille.

Dans la littérature, on ne retrouvait pas de définition spécifique de la médecine de famille.

La société européenne de médecine générale (WONCA Europe), ne fait pas de distinction et offre la même définition pour la médecine générale et médecine de famille, décrits comme « synonymes » (9). Dans sa déclaration consensuelle publiée en 2002, elle définit les caractéristiques de la médecine générale / médecine de famille et décrit les compétences requises pour l'exercer (9). Dans ce travail, plusieurs de ces caractéristiques ont été reprises par les patients et semblaient donc importantes, permettant d'améliorer leur santé et entrant dans la définition du médecin de famille selon eux. Ils mentionnaient le médecin généraliste comme médecin de premier recours, permettant d'organiser la coordination des soins, avec une approche centrée sur le patient, dans ses dimensions individuelles, familiales et communautaires. Le médecin généraliste / de famille avait une responsabilité de soins longitudinaux tout au long de la vie et gérait simultanément des problèmes de santé aigus et chroniques pour ses patients. Enfin, il répondait aux problèmes de santé dans leur dimension physique, psychologique, sociale et culturelle.

2.5. La durée de consultation

L'importance de la durée des consultations était mentionnée à plusieurs reprises. Certains patients corrélaient une durée de consultation longue à une meilleure prise en charge médicale. Dans la littérature, on retrouve plusieurs travaux sur l'impact de la durée de consultation.

En 2006, la DREES évaluait la durée de consultation moyenne en France pour les médecins généralistes à 16 minutes (41). Plus récemment, une étude française portant sur l'analyse du

planning de plus de 2400 médecins généralistes inscrits sur un site de prise de rendez-vous en ligne, entre mai 2016 et avril 2017, révélait que la durée moyenne des consultations était de 16,4 minutes (42). La France se situe donc parmi les pays européens ayant la durée de consultation la plus longue (43).

Avec l'évolution des pratiques et l'allongement de l'espérance de vie, le médecin généraliste reçoit de plus en plus de patients ayant des maladies chroniques. De ce fait, depuis plusieurs années, la consultation de médecine générale est ressentie par les médecins comme plus longue, plus difficile et plus complexe (44).

Contrairement à ce que décrivaient les patients de notre étude, dans des travaux anciens, certains auteurs suggéraient qu'un temps de consultation trop long pouvait être non bénéfique en termes de diagnostic (45). Cependant, de nos jours la consultation médicale ne peut plus se résumer à un acte diagnostique isolé.

Dans la littérature, les principaux facteurs entrant en compte dans la durée de consultation de médecine générale étaient : le motif de la consultation (les motifs psycho-sociaux duraient plus longtemps), le nombre de problèmes abordés (plus ils étaient nombreux plus la durée de consultation était longue), le sexe du patient (les consultations des femmes étaient plus longues), et l'âge du patient (plus ils étaient âgés plus la consultation était longue) (46). A mesure que la charge de travail du médecin augmentait, la durée des consultations diminuait (46).

Ainsi, si pour établir un diagnostic médical le temps de consultation d'un médecin ne doit pas être nécessairement long, il doit s'adapter aux critères individuels du patient et à sa demande, de plus en plus orientée vers le psycho-social. Dans notre étude, la plupart des patients étaient satisfaits d'avoir une durée de consultation qu'ils estimaient longue, ils attendaient de leur médecin une écoute avant un diagnostic médical.

2.6. Les autres éléments de bonne prise en charge

Les autres éléments de bonne prise en charge perçus par les patients étaient la disponibilité, l'orientation adaptée aux spécialistes. Certains patients insistaient sur la possibilité de pouvoir avoir des visites à domicile.

3. Les inégalités sociales de santé

Au cours des entretiens, le modèle social était mentionné comme un des déterminants majeurs de l'état de bonne santé des patients.

Plusieurs d'entre eux voyaient le contexte social comme un frein pour le soin lorsque celui-ci était considéré comme défavorisé.

3.1. Le contexte des ISS

« La pauvreté c'est l'insuffisance de ressources, la précarité, c'est la fragilité, l'instabilité des situations » (47). La précarité constitue une source d'inégalité face à la santé.

Ces inégalités de santé concernent l'accès aux soins, l'utilisation du système de soins, et la qualité des soins. Le contexte des inégalités sociales de santé est bien connu en France (48). Elles correspondent à des différences d'état de santé entre des groupes sociaux. Elles témoignent de la relation entre l'état de santé d'un individu et sa position sociale et traversent toute la population en un continuum appelé le gradient social (29).

Les ISS sont considérées par l'OMS comme des injustices systématiques et inévitables (49). Depuis plusieurs années, leur réduction est considérée comme une priorité de santé, en France et dans le monde (50).

3.2. Les déterminants de santé

La question des déterminants de santé a longtemps été orientée sur les soins individuels, dans le cadre de la relation de soins entre le médecin et son malade. En France, la réduction des ISS s'est donc initialement portée sur l'accès aux soins, notamment via la mise en place de systèmes de protection sociale via l'assurance maladie.

Or, depuis, de nombreuses études ont mis en évidence d'autres déterminants multiples, et extérieurs au système de santé, pouvant entrer en compte dans les ISS. Plusieurs d'entre eux ont été mentionnés par les patients interrogés, comme ayant un impact sur l'état de santé. Ces déterminants peuvent être regroupés en trois grandes catégories :

- Les déterminants socio-économiques : l'éducation, l'accès à l'emploi, les conditions de travail, les conditions de logement.
- Les comportements de santé : parmi lesquels la consommation d'alcool ou de tabac et l'alimentation.

- Le système de soins et de prévention.

Ces facteurs sont retrouvés dans le rapport sur les ISS du HCSP paru en décembre 2009.

3.3. Le rôle du médecin traitant

Lors des entretiens, sept patients ont exprimé que la connaissance du contexte social améliorerait le diagnostic et la prise en charge de leur médecin généraliste en consultation. Cette notion est largement retrouvée dans la littérature : la nécessité de connaître la situation sociale des patients consultant en médecine générale. En effet, il peut être difficile pour un médecin d'apprécier l'existence d'un gradient social au sein de sa propre patientèle. Il est donc majeur pour un médecin généraliste de recueillir systématiquement des informations d'ordre social pour mieux connaître les difficultés des patients pouvant impacter leur état de santé. L'objectif est de mettre en évidence les différences sociales au sein de la patientèle, et guider les pratiques visant à réduire ces différences (29).

Les caractéristiques sociales peuvent être utilisées par le médecin comme un symptôme, un antécédent, au même titre que les critères médicaux. Les médecins, en relevant la position sociale du patient, peuvent permettre de réduire les ISS, ou du moins de ne pas les accroître. (29)

3.4. La perception de l'état de santé des patients précaires

Le niveau socio-économique est un des déterminants de la perception de son état de santé par un individu. Les personnes appartenant aux milieux les plus défavorisés ont un état de santé moins bon que les personnes de milieux favorisés, et ce, quelque que soit les indicateurs de mesure utilisés : santé perçue ou réelle (51).

Dans une étude européenne publiée par le NEJM, on posait la question aux patients « comment jugez-vous votre état de santé ? » ; les patients avec un niveau socio-économique plus bas se déclaraient en moins bonne santé que les personnes de plus haut niveau socio-économique (52). Ce gradient d'inégalité était moins fort en France que dans d'autres pays européens.

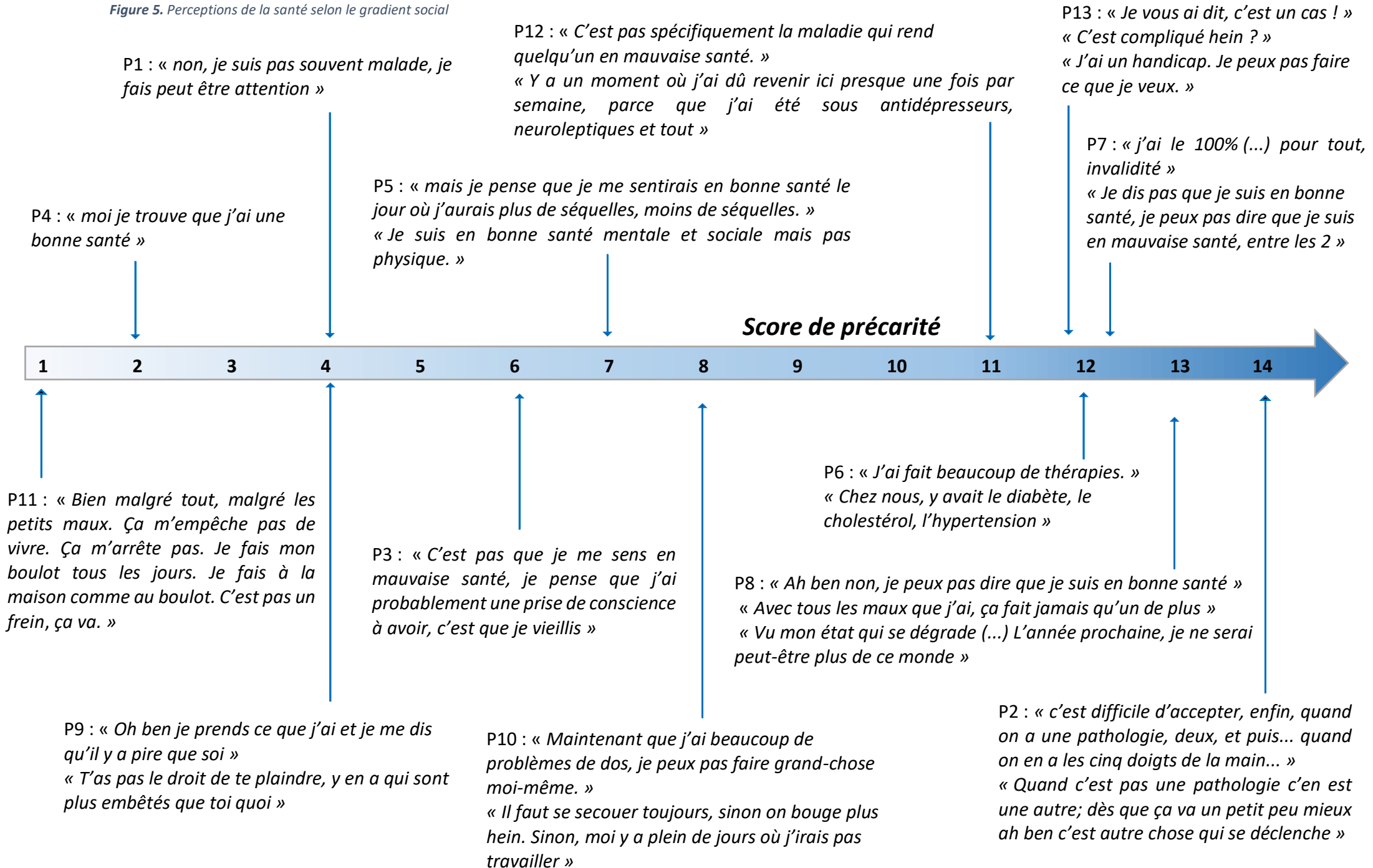
À partir du score de précarité établi grâce à la cohorte SIRS 2010 (53), les patients de notre étude ont été classés en fonction de leur niveau de précarité. Quatorze variables ont été utilisées : le sexe, l'âge, l'assurance maladie, le niveau d'études, la catégorie socio-

professionnelle, le statut professionnel, le sentiment de solitude, la situation affective, le fait de vivre seul ou non, le niveau de revenus, l'importance du soutien social (soutien dans la vie quotidienne, financier et affectif), le fait d'être propriétaire ou locataire, le ressenti quant à ses ressources financières, et enfin l'origine migratoire.

En accord avec la littérature, les patients de notre étude les plus précaires se sentaient en moins bonne santé globale que les patients plus favorisés. Ils présentaient des antécédents médicaux plus lourds.

Cependant, ils ne consultaient pas plus leur médecin généraliste que les patients ayant un niveau socio-économique plus favorisé et objectivement moins malades (cf. tableau 3), phénomène également décrit dans la littérature (54).

Figure 5. Perceptions de la santé selon le gradient social



4. Les déterminants de santé : l'influence de la vie quotidienne sur la santé et rôle dans les ISS

Les patients interrogés voyaient le développement de leur maladie comme poly-factoriel.

Ils mentionnaient à plusieurs reprises l'impact que pouvait avoir leur vie quotidienne sur leur état de santé. Cinq exemples illustrant cette théorie étaient largement cités : le logement - le travail - l'alimentation - l'importance du mental - la rupture avec l'état antérieur.

La plupart de ces facteurs appartiennent aux déterminants de santé et participent aux ISS.

4.1. Les conditions de logement

Dans la littérature, de nombreuses études d'épidémiologie environnementale soulignent le lien entre les conditions de logement et l'état de santé : un habitat indigne a un effet délétère sur l'état de santé physique et psychique des familles concernées.

Dans une enquête réalisée en France en 2001, quelle que soit la maladie considérée, sa prévalence était toujours plus importante chez les personnes sans-domicile que sur population avec un logement (55). Par exemple, les femmes interrogées présentaient par exemple plus de migraines (30% contre 7% en population générale), plus de maladies respiratoires (14% contre 5% en population générale), ou plus de pathologies de la sphère digestive (10% contre 2% dans la population générale).

4.2. Le travail

Plusieurs patients ont également mentionné leur travail et l'importance de leur vie professionnelle sur leur santé. Certains mettaient en parallèle directement leur état de santé actuel avec leurs conditions de travail. Deux d'entre eux étaient d'ailleurs en accident du travail lors de l'entretien. Ils mentionnaient leurs conditions de travail comme facteur déclenchant de leurs maux via le rythme de travail trop intense, leur mauvaise posture, les trajets quotidiens fatigants pour se rendre sur leur lieu de travail.

Contrairement à ce qu'on retrouve dans la littérature, où la perception du lien entre santé et travail n'est pas évidente pour les travailleurs (56), pour la plupart des patients interrogés, l'influence du travail sur la santé ne faisait pas de doute.

Une patiente en particulier se définissait comme avant-gardiste dans la prise en charge du bien-être au travail et estimait son importance au moins équivalente au bien-être en situation

privée, étant donné le temps passé à travailler. Elle rentrait déjeuner à son domicile tous les jours et faisait une sieste avant de retourner travailler, estimant revenir meilleure.

Parallèlement, certains patients se définissaient via leur emploi et se valorisaient dans l'intensité de leur travail.

Contrairement aux pays anglo-saxons, le temps de travail en France est synonyme de réussite et de fort engagement professionnel ; plus on reste tard au travail, plus on est motivé. Ce phénomène est appelé le « présentisme ». Dans les pays anglo-saxons, le temps est considéré comme une ressource, il est donc mal vu de l'utiliser à mauvais escient et de rester après les horaires habituels de travail, car « le temps c'est de l'argent ». De plus, dans certains pays comme l'Allemagne, très attaché au bien-être au travail, les horaires sont particulièrement respectés (57).

Alors, est-ce que « le travail, c'est la santé ? ». Pour lutter contre le présentisme, certaines entreprises françaises ont même signé une charte en 2013 visant à diminuer le temps de travail supplémentaire en plus du temps obligatoire, en interdisant par exemple les réunions avant 9h ou après 18h, ou en limitant les mails professionnels.

Une étude menée en 2016 par un grand cabinet de conseil français sur plus de 250 entreprises, a montré que le coût total du présentisme dépassait celui de l'absentéisme, et que dans la majorité des cas, le présentisme précédait finalement un absentéisme (58). Dans cette optique se développe donc de plus en plus des solutions de prévention en médecine du travail, des outils d'aide et d'accompagnement pour augmenter le bien-être au travail.

4.3. L'alimentation

Un autre lien établi par les patients était celui entre l'alimentation et la santé.

Plusieurs patients en ont parlé sans que la question ne leur soit directement posée et ils établissaient un lien fort entre les deux. Ce lien comportait plusieurs facettes : malnutrition, surpoids et obésité, et dénutrition. Il était établi dans la littérature depuis de nombreuses années. L'alimentation est impliquée dans le développement de la plupart des maladies chroniques en France (maladies cardio-vasculaires, obésité, ostéoporose...).

Dans une cohorte européenne prospective (cohorte EPIC- European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition-), la consommation de plus de 8 portions de fruits et légumes par

jour s'associait à une réduction de 22% du risque de décès par cardiopathie ischémique par rapport à une consommation inférieure à 3 portions par jour (59).

Concernant la surcharge pondérale, elle constituait un miroir des inégalités sociales dès le plus jeune âge. Selon des données parues dans le BEH en 2011, 13,9% des enfants de 6 ans dont le père était issu de la catégorie socioprofessionnelle ouvrier présentaient une surcharge pondérale et 4,3% une obésité, contre respectivement, 8,6% et 1,2% des enfants de 6 ans dont le père était cadre. Les cadres et les professions libérales font plus de sport que les personnes en situation de précarité, employés ou ouvriers (60).

L'alimentation adaptée, et la lutte contre la malnutrition sont devenues une priorité de santé publique. Depuis 2001, le Programme National Nutrition Santé (PNNS) propose des recommandations nutritionnelles pour promouvoir les bonnes conduites alimentaires.

4.4. Le mental

Tous les patients que nous avons interrogés nous ont également parlé de l'importance qu'avait le mental sur leur état de santé.

Celui-ci prenait plusieurs formes : le mental au sens de moral, d'avoir une humeur bonne ; le mental au sens d'être optimiste, de relativiser la maladie et d'avancer, de ne pas s'apitoyer sur son sort. Cette notion est retrouvée dans certains travaux : il existe un lien entre les tracas, le stress quotidien et l'état de santé perçue, cela au détriment de la qualité de vie subjective (61). Les patients reliaient également le mental au fait d'être bien entouré, soutenu dans sa maladie et d'avoir des liens familiaux et amicaux forts, définis par certains comme un bien-être social. Ils étaient aidés par leur entourage, dans la vie quotidienne ou alors recevaient un soutien moral de leur part, améliorant leur ressenti de la maladie au quotidien. On retrouve ce propos dans la notion d'intersubjectivité, développée notamment par Sartre ; l'expérience humaine n'est pas celle d'un être isolé mais celle d'un être en rapport avec les autres, l'homme a besoin de l'autre pour se déterminer et être heureux, se sentir en meilleure santé.

Certains patients s'aidaient de techniques de relaxation ou avaient une pratique spirituelle et ils notaient depuis l'amélioration de leur état de santé, que ce soit physique ou psychique.

Une patiente expliquait que cela permettait de contrôler ses émotions, de mettre le négatif et le stress de côté et de se sentir mieux dans son corps.

4.5. Rupture avec l'état antérieur

Enfin, en écoutant l'impact qu'avait leur vie quotidienne sur leur santé, on réalise que la plupart des patients décrivaient une rupture avec l'état antérieur au moment de la maladie. Elle se déclenchait toujours à un moment charnière de la vie. Au moment de la perte d'un proche, d'un changement de situation sociale, d'un déménagement, d'une perte d'emploi, d'une situation générale de stress. Cette rupture et son impact sur la santé, se retrouve dans la littérature, notamment en oncologie. La « psychogenèse » du cancer est fréquente dans les discours des malades. Par exemple, l'étude canadienne de Stewart (2001) réalisée par questionnaires auprès de femmes ayant eu un cancer du sein, montrait que 42,2% d'entre elles attribuaient leur cancer au « stress », 60 % attribuaient leur rémission à une « attitude positive », et 27,9% à la réduction du stress dans leur vie quotidienne. En France, l'enquête Baromètre du cancer, révèle que la population générale considère comme facteurs favorisant du cancer le « stress de la vie moderne » ou le fait d'avoir été fragilisé par des expériences antérieures douloureuses (68 % des personnes interrogées), le fait d'être aigri à causes de déceptions affectives ou professionnelles (50,6 %), ou encore de ne pas arriver à exprimer ses émotions (39,6%). Seules 18,8 % des personnes interrogées ne croient pas à une incidence des problèmes d'ordre psychologique sur la survenue d'un cancer (62). Même si beaucoup d'études réalisées auprès de patients retrouvent ce sentiment, aucune méta-analyse n'a encore prouvé la relation de causalité entre des événements de vie à priori stressants et la dégradation de l'état de santé, ne permettant pas de conclure sur l'influence du psychisme sur la survenue de maladie, notamment cancéreuse (63,64).

5. L'influence de la santé sur la vie quotidienne : concept de qualité de vie

5.1. La qualité de vie

La totalité des patients interrogés ont mentionné via plusieurs exemples, l'influence qu'avait leur santé sur leur vie quotidienne. Certains en parlaient par l'intermédiaire des changements que leur santé avait entraîné sur leurs relations familiales, d'autres sur leur emploi ou alors sur leur mode de vie ou son impact financier. La santé avait pour la plupart un rôle central dans leur vie ; certains patients étaient devenus experts de leur pathologie. Ils expliquaient les difficultés engendrées par la maladie par une perte d'autonomie, impactant et limitant leurs activités quotidiennes.

Cela entraînait souvent un sentiment de singularité dans la santé, d'être un cas à part entière en développant des complications qui avaient un impact sur leur vie de tous les jours.

Certains patients interrogés avaient ainsi le sentiment de devoir faire attention en permanence. En France métropolitaine, selon une étude de l'INSEE menée en 2007, une personne sur dix vivant à son domicile considère avoir un handicap dans la vie quotidienne en lien avec son état de santé.

Depuis toujours, le point de vue du patient sur le vécu de sa maladie au quotidien est pris en compte dans le raisonnement médical, mais sa mesure en pratique courante est récente, et se fait par l'intermédiaire de mesure d'échelles de qualité de vie. Leur utilisation est de plus en plus développée, donnant aujourd'hui à ces instruments d'évaluation une place reconnue (65).

5.2. Spécificités de la qualité de vie relative à la santé

Dans la littérature anglophone, il existe un terme spécifique dédié à la mesure de la qualité de vie en rapport avec la santé : le *Patient-Reported Outcomes* (PROs), défini par l'ensemble des mesures de résultats, dont la source est le patient lui-même. Il n'existe pas de traduction française exacte des PROs ; la plus satisfaisante ayant été proposée par l'ANAES, qui cite « le point de vue du patient comme indicateur d'état de santé ». La qualité de vie en rapport avec la santé a été définie comme « l'impact de la santé, incluant la maladie et le traitement sur le bien-être social, physique et psychologique » (66).

L'élaboration du concept de qualité de vie complète donc, depuis peu les modèles déjà bien connus de la mesure de l'état de santé que sont le modèle biomédical et bio-psycho-social.

En 1994, l'OMS définissait la qualité de vie comme « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeur dans lesquels il vit, et en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. »

La différence fondamentale entre la qualité de vie et l'état de santé est la notion de point de vue. L'état de santé d'un patient associe des signes objectifs recherchés par le médecin ou déclarés par le patient, dans un modèle clinico-biologique. La qualité de vie est le résultat de la seule appréciation de l'individu interrogé (67).

La mesure de la qualité de vie constitue parfois le critère d'évaluation le plus pertinent chez les malades pour lesquels il n'y a pas de traitement curatif. Sa mesure est également licite dans les maladies qui se développent sur le long terme, avec des conséquences pouvant être

majeures sur la vie quotidienne, à l'instar des maladies chroniques, motif fréquent de consultation en médecine générale. Comme décrit par les patients de notre étude, une maladie chronique peut avoir de lourdes conséquences sur la vie personnelle ou professionnelle, pouvant parfois entraîner des handicaps lourds. C'est pour cela que la loi de santé publique du 9 août 2004 a fait de la qualité de vie des personnes atteintes de maladie chronique, une de ses priorités (8). Ce plan permettait d'aider chaque patient à mieux connaître sa maladie afin de mieux la gérer, de favoriser sa prévention, de faciliter la vie quotidienne et de mieux connaître les conséquences de la maladie sur la qualité de vie.

Le ressenti de bonne santé peut donc être largement influencé par son impact sur la vie quotidienne, mesurable via les échelles de qualité de vie, outil d'évaluation devenu fondamental en recherche médicale.

L'impact de la santé sur la vie quotidienne est un enjeu majeur de la prise en charge de la santé chez les patients consultant en médecine générale. Cette prise en compte des facteurs externes à la maladie s'inscrit dans les évolutions sociétales autour de la prise en compte du point de vue du patient dans les décisions médicales.

2) Proposition de modèles

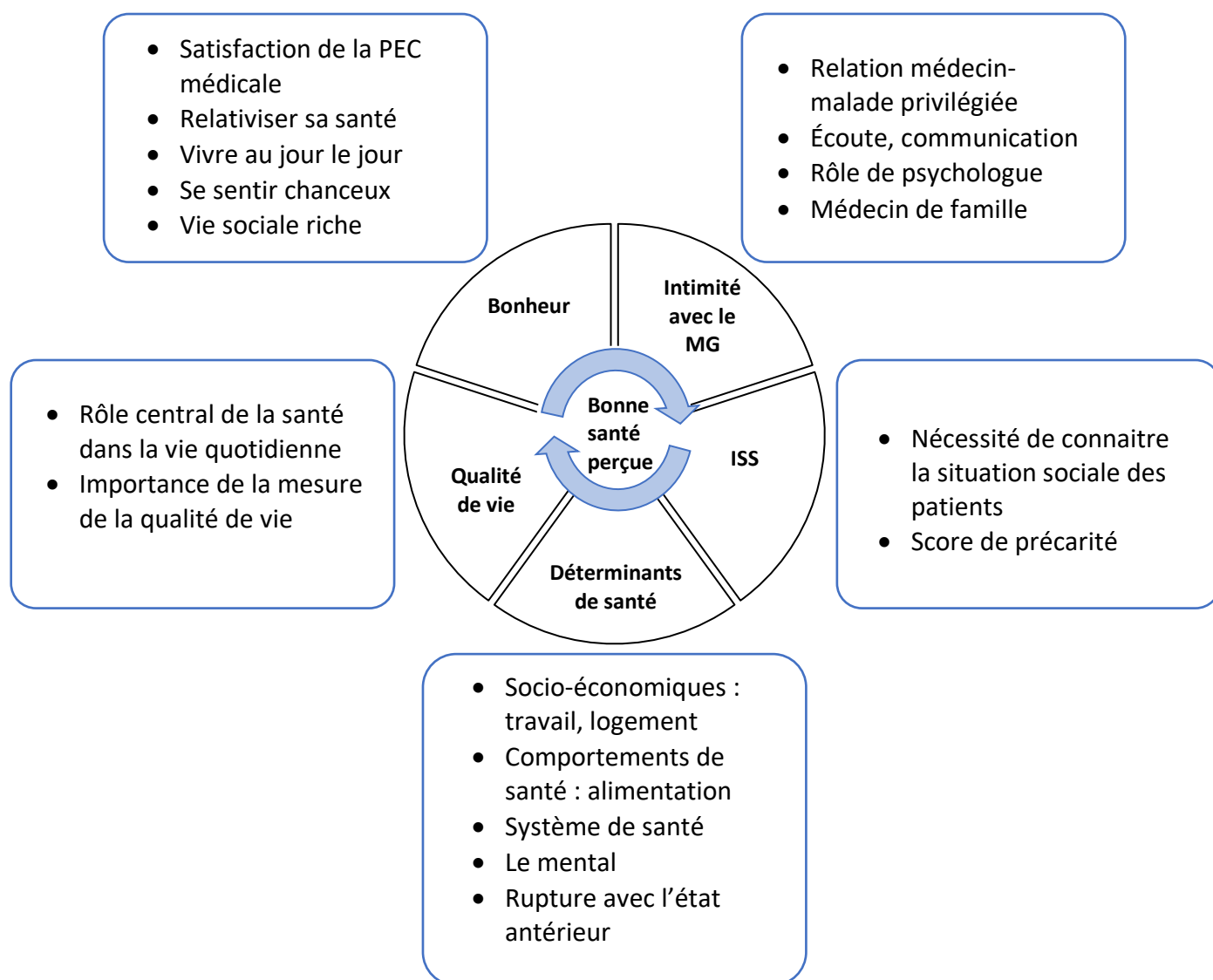


Figure 2. Modèle de perception des facteurs entrants en compte dans la bonne santé, selon les patients interrogés

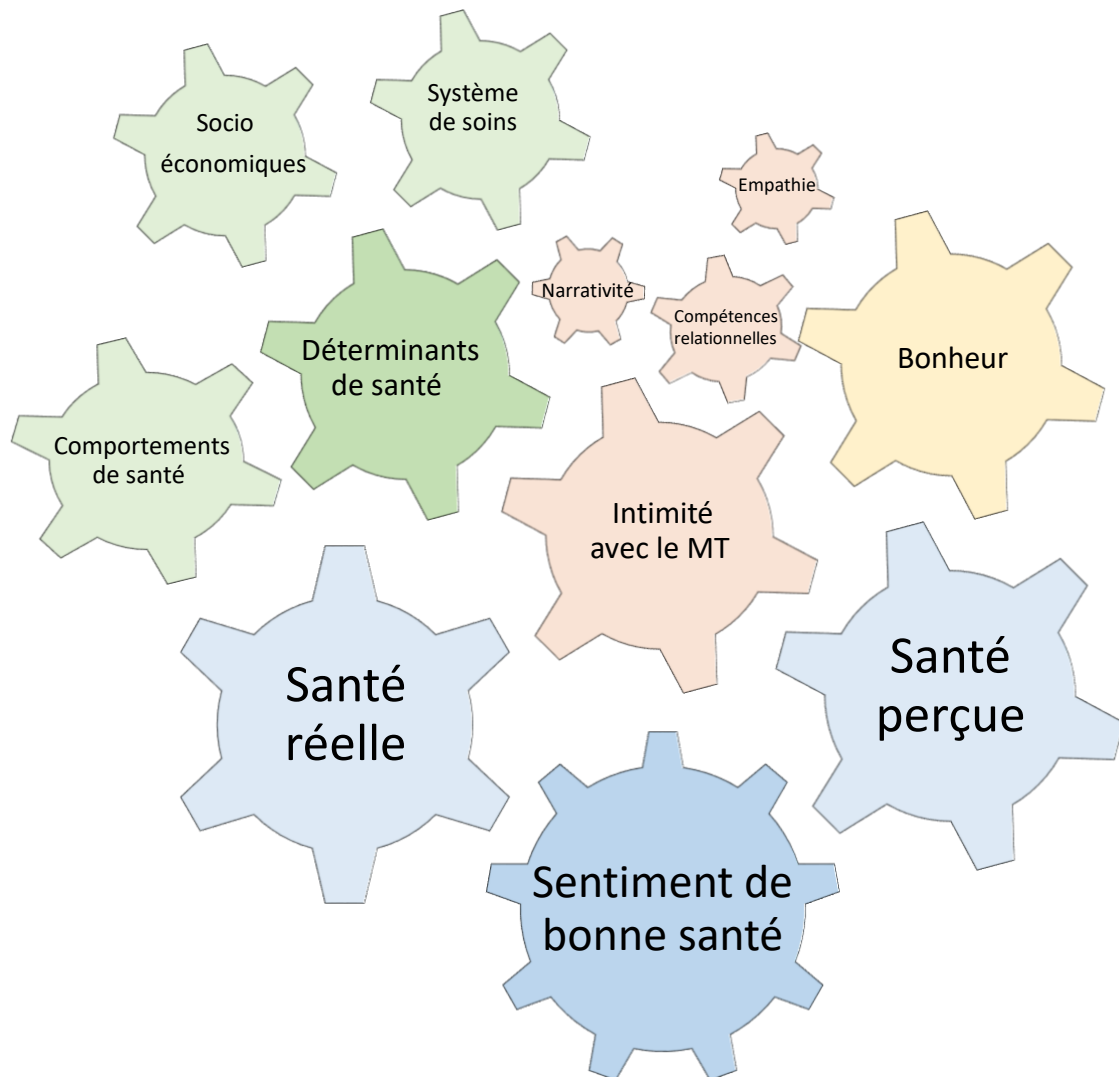


Figure 3. Modélisation des interactions entre les facteurs entrants en compte dans la bonne santé

3) Validité des résultats

1. Critères de fiabilité et de validation

La durée assez longue du travail a permis d'optimiser la qualité du travail d'analyse et de le réaliser en profondeur.

2. Validité interne

Afin d'avoir une bonne validité interne nous avons eu recours dans cette étude à la technique de triangulation pour l'analyse des données (24).

Nous avons effectué 2 types de triangulation :

- La triangulation des chercheurs : deux chercheurs ayant un regard et une expérience différentes ont analysé les verbatim issus des entretiens.
- La triangulation environnementale : les entretiens ont été réalisés dans des lieux différents, à différents moments de l'année et de la journée.

De plus, la durée, relativement longue des entretiens (en moyenne 39 minutes), témoigne de la richesse des entretiens.

3. Validité externe

La validité externe consiste à généraliser les observations recueillies à d'autres objets ou contextes. Pour ce faire, l'échantillon utilisé dans l'étude doit être ciblé et adapté à la question de recherche (22).

Comme nous l'avons réalisé, le choix d'une technique d'échantillonnage raisonné consistant à sélectionner des patients considérés comme typiques d'une population cible, est destiné à garantir la validité externe des résultats, et ainsi, d'augmenter sa transférabilité.

De plus, la grille internationale COREQ a été utilisée comme ligne directrice dans ce travail de recherche.

4. Forces de l'étude

Une des forces de l'étude était son originalité. La vision de la bonne santé chez les patients a souvent été étudiée, mais de façon quantitative, à l'aide de questionnaires. Nous voulions par ce travail, recueillir le point de vue du patient dans la globalité de son histoire de vie, et avons choisi de présenter les résultats sous forme d'entretien individuels, ce qui n'avait pas été fait jusqu'alors, à notre connaissance.

De plus, réaliser une étude qualitative avec entretiens compréhensifs a permis la réalisation d'un travail très riche, qui s'est étalé sur une période de plus de 2 ans. Notre position en tant que médecin interviewer s'intéressant à la globalité de la prise en charge du patient a été source de commentaires positifs lors des entretiens.

Nous avons réalisé notre travail de recherche avec rigueur, afin de répondre au mieux aux différents critères de validités mentionnés ci-dessus.

Enfin, nous avons reçu un avis favorable de la part du CCP IDF4 pour la réalisation de notre étude.

5. Faiblesses de l'étude

Les entretiens ont tous été réalisés par un interviewer qui manquait initialement d'expérience dans le domaine de la recherche qualitative et des entretiens semi-dirigés, ce qui a pu être amélioré au fur et à mesure des entretiens et avec correction de la part du directeur de thèse. La diversification de l'échantillon n'était pas totalement respectée (plus de patients femmes interrogées que d'hommes), ou encore le fait que plusieurs patients d'un même cabinet aient été interrogés.

Ceci était en partie dû au refus de certains patients de participer à l'étude, du fait du manque de temps pour un entretien après leur consultation médicale, ou alors, au fait que certains cabinets ne disposaient pas de lieu adapté à l'interview.

Les entretiens et l'analyse des résultats ont été réalisés par la même personne ; nous avons essayé de limiter ce biais en ayant recours à une triangulation des données. L'intervieweuse et le directeur de thèse avaient chacun mis de côté leur à priori dès le début du travail.

Enfin, il est habituel et recommandé d'adopter une position d'interviewer neutre, de ne pas préciser notre métier de médecin, qui peut avec certains patients modifier la nature du discours. Ce n'est pas ce que nous avons fait, pensant qu'il était plus facile que les patients se livrent en sachant notre exact statut de médecin chercheur dès le début de l'entretien.

4) Vécu de l'entretien

Au final, les entretiens ont été vécus de manière très positive, à la fois par l'interviewer et par les patients interrogés, qui exprimaient une reconnaissance et un soulagement d'avoir pu s'accorder un moment à part, s'exprimer sur leur vie en général et leur ressenti de la bonne santé. Plusieurs d'entre eux ont remercié l'intervieweuse d'avoir pu « se confier » selon leur terme. A la fin des entretiens, cinq d'entre eux m'ont donné des conseils pour ma vie professionnelle future en tant que médecin généraliste.

5) Apports de l'étude et perspectives pour la médecine générale

Les facteurs que nous venons de décrire influencent le sentiment de bonne santé des patients. Mais en pratique, comment peut faire le médecin généraliste pour améliorer sa prise en charge ? Dans quelle mesure les jeunes médecins sont-ils préparés à évaluer la perception de bonne santé et répondre à la demande des patients ?

1. Les compétences relationnelles

Dans notre étude, une des attentes majeures de la part des patients était d'avoir une relation médecin-malade de qualité. Connaître son médecin, disposer d'une écoute attentive, pouvoir communiquer librement. Dans la littérature, on retrouve les principales compétences attendues du médecin généraliste, dont une compétence spécifique dédiée à la relation médecin-malade (68). Cette compétence relationnelle correspond à la capacité de construire une relation avec le patient, son entourage, les différents intervenants de santé ainsi que les institutionnels, en utilisant dans les différents contextes les habiletés communicationnelles adéquates, dans l'intérêt des patients (68). Appréhender les spécificités de la relation médecin-malade est d'ailleurs le premier objectif des Unités d'Enseignements lors des études de médecine (39).

La gestion d'une bonne consultation exige du médecin généraliste des compétences de communication ainsi qu'une capacité à prendre en compte et à s'adapter à son patient. Il est essentiel d'être attentif au mode de communication utilisé avec le patient et d'avoir conscience que la façon de communiquer en consultation influence la relation entre le médecin et son patient. De nombreux auteurs reconnaissent que les difficultés du soin peuvent être autant la conséquence de problèmes de communication entre médecin et malade que de défaillances dans les aspects techniques des prestations médicales (69).

Cette compétence, finalement la plus importante aux yeux des patients interrogés, est donc connue et bien décrite. Elle est enseignée aux internes dans les départements de médecine générale de plusieurs façons. Outre les formations didactiques soignants-soignés proposées, le « compagnonnage », et les stages, notamment le stage ambulatoire en SASPAS, se développent, depuis plusieurs années des formations qui utilisent la simulation (70). Les étudiants sont confrontés à des patients simulés, ils sont filmés puis un débrief collectif avec des enseignants référents est organisé. La simulation est désormais considérée comme une ressource didactique de premier ordre dans la littérature (70) permettant d'expérimenter des situations à fort enjeux médical, éthique et émotionnel.

L'enseignement des compétences relationnelles est donc à poursuivre dans les départements de médecine générale ; il est déterminant pour améliorer la professionnalisation des futurs médecins.

2. L'empathie

Au-delà des compétences relationnelles, appréhender le sentiment de bonne santé des patients nécessite de l'empathie.

L'empathie peut être définie en premier lieu comme la capacité d'un sujet à comprendre et/ou partager l'état émotionnel d'autrui (71). Cette définition ne prend pas en compte des spécificités de l'empathie dans le cadre de l'exercice de la médecine, appelé empathie clinique. De multiples définitions de l'empathie clinique existent. Leurs caractéristiques communes sont la dimension affective (partager les émotions du patient), cognitive (identifier et comprendre les émotions du patient), morale, motivationnelle et comportementale (savoir communiquer cette compréhension) (72).

Les bénéfices de l'empathie clinique sont importants : satisfaction des patients, augmentation de la qualité du recueil sémiologique et du diagnostic ; elle est ainsi le socle de l'alliance thérapeutique qui détermine la mise en œuvre, voire la réussite, d'un programme de soins. Toutefois, le partage des émotions du patient peut aussi exposer le médecin à un épuisement professionnel et à une diminution de ses capacités empathiques. Il a été montré dans la littérature que ces processus empathiques ont tendance à diminuer au cours du temps, notamment chez les étudiants en médecine pendant leur cursus (71). Plusieurs solutions existent pour palier au déclin de l'empathie au cours des études de médecine. De nombreux enseignements spécifiques existent : psychologie médicale, médecine narrative ou groupes Balint. L'efficacité de ces enseignements a été montrée dans la littérature. Dans une étude française, les groupes Balint contribuaient, par exemple, à promouvoir et mobiliser l'empathie chez les étudiants en médecine ayant reçu une formation dédiée (73). Chez les médecins en exercice, les programmes de formation à la relation médecin-malade ont également fait la preuve de leur efficacité sur l'empathie perçue par les patients, notamment dans le cadre oncologique (74). Il est donc nécessaire de poursuivre ces enseignements, l'empathie clinique étant associée à de nombreux bénéfices dans la prise en charge des patients, augmentant ainsi leur santé réelle et perçue.

3. L'aspect narratif de la consultation

La médecine narrative a été développée aux États-Unis dans les années 2000 par Rita Charon, professeure de médecine interne, comme une nouvelle approche de soins centrée sur le patient. Elle donne aux cliniciens des outils pour reconnaître, absorber, interpréter et être ému par les histoires de maladie racontées par les patients (75). Son premier objectif est d'établir une relation médecin-malade de qualité basée sur l'écoute attentive du patient, et son deuxième est d'aider les soignants à réfléchir sur leur exercice, qui leur fait côtoyer quotidiennement des situations difficiles (76). La narration permettrait aux médecins d'appréhender les récits des patients et de prendre en considération leurs expériences dans leur singularité (77). Cette nouvelle philosophie de la connaissance médicale fondée sur la narratologie permettrait d'améliorer l'efficacité du soin (78).

L'enseignement de la médecine narrative repose sur des ateliers de lecture attentive de textes littéraires par les étudiants, ainsi que des exercices d'écriture et de partage des récits qui sont

ensuite interprétés par le groupe. Depuis plusieurs années, on retrouve cet enseignement dans différentes facultés en France. Il a montré des effets bénéfiques sur les étudiants (79,80). L'«Evidence-Based Medicine » , pilier de la formation de médecine en France devrait donc être associé à l'apprentissage de la « Narrative Evidence-Based Medicine » (NEBM) (81). Son enseignement est à poursuivre et encourager.

4. Lien avec le gradient social

La narratologie pourrait également permettre d'améliorer la prise en charge en terme de lien social. En effet, le patient va raconter l'histoire de sa maladie de par son vécu singulier. Les symptômes qu'il décrit peuvent correspondre à un mal-être social. Les éléments narratifs utilisés ne seront pas les mêmes que chez un patient ayant une condition sociale favorisée et présentant la même pathologie. La façon dont se racontent les gens est importante à relever, d'autant que les personnes en situation de précarité racontent souvent des choses plus dures. Pourtant, on voit dans notre étude que les patients ayant un score de précarité plus élevé ne consultent pas forcément plus que les patients ayant une situation sociale favorisée (cf. tableau 3 et figure 1). On retrouve cette notion dans la littérature, où les durées de consultation sont également plus courtes chez les patients précaires entraînant une diminution des motifs de consultation exprimés (54). Dans cette optique, la pratique du médecin généraliste devrait encore plus s'adapter au contexte social du patient.

Dans notre étude, 46% des médecins ne connaissaient pas le ressenti de leur patient par rapport à leur état de santé. Afin d'utiliser la NEBM en pratique courante, le médecin généraliste a donc besoin d'outils spécifiques qu'il serait nécessaire de développer. Par exemple, il serait utile en consultation de pouvoir avoir accès à des éléments de vie, des témoignages des patients, dans un onglet dédié sur le logiciel médical, au même titre que celui des antécédents biomédicaux.

Dans une médecine où la technologie est omniprésente et incontournable, la médecine narrative rappelle la dimension humaine de la relation médecin-malade.

Conclusion

A travers cette étude qualitative, nous avons pu mettre en lumière plusieurs facteurs entrant en compte dans la perception de bonne santé, chez les patients qui consultent en médecine générale.

Ces facteurs, qui ne sont pas forcément abordés lors de la consultation, peuvent être méconnus des médecins généralistes. Pourtant, du point de vue des patients, ils jouent un rôle fondamental dans le sentiment de bonne santé et de bonne prise en charge.

Mieux prendre en compte la santé perçue des patients apparaît comme fondamental.

Dans cette étude, nous avons identifié plusieurs éléments qui sont à la disposition des médecins généralistes en consultation.

Premièrement, utiliser des échelles de qualité de vie pour mesurer l'impact de la maladie sur la vie quotidienne des patients.

Ensuite, s'enquérir de la situation sociale en termes de relations sociales, en lien avec le bonheur et le sentiment de bonne santé. Identifier les patients en situation d'isolement qui ont souvent une mauvaise santé perçue.

Recueillir la situation sociale globale des patients en consultation, au moyen d'un score de précarité, permettait d'améliorer la santé perçue et de réduire les inégalités sociales de santé. Apprécier l'impact de la vie quotidienne sur la santé des patients, notamment via les différents déterminants de santé, socio-économiques (situation par rapport à l'emploi, logement), ou comportements de santé (alcool, tabac, alimentation) participait à améliorer le sentiment de bonne santé perçue.

Enfin, le principal élément de bonne prise en charge de la part du médecin généraliste influençant la bonne santé résidait dans une relation médecin malade de qualité, via la notion d'intimité. Recevoir une écoute attentive, communiquer librement et avoir un médecin disponible participaient à ce sentiment.

Tous ces facteurs sont en interaction permanente, c'est pourquoi le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de la santé est complexe. Il apparaît indispensable de relever ces éléments en consultation, au même titre que les antécédents biomédicaux, dans l'objectif d'améliorer la prise en charge globale et le sentiment de bonne santé perçue et réelle du patient, point d'orgue du métier de médecine généraliste.

Bibliographie

1. OMS | Constitution de l'OMS: ses principes - définitions de la santé [Internet]. WHO. 1946 [cité 8 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.who.int/about/mission/fr/>
2. Le Quéau P, Olm C. La construction sociale de la perception de la santé. juin 1999;(C128).
3. Deboosere P, Gadeyne S. Atlas de la santé et du social de Bruxelles-capitale. les dossiers de l'observatoire. 2006. (Observatoire de la santé et du social).
4. Le Quéau P, Olm Cristine. La construction sociale de la perception de la santé. mars 1999;(26):12-6.
5. Lang T. Les inégalités sociales de santé. Ecole des hautes études en santé publique; 2014 févr. Report No.: Les politiques de santé menées depuis 20 ans : des inégalités sociales de santé mieux connues mais toujours présentes.
6. L'OMS évalue les systèmes de santé dans le monde. 2000 juin. (Rapport sur la santé dans le monde 2000).
7. Menvielle G, Chastang J-F, Luce D, Leclerc A. Evolution temporelle des inégalités sociales de mortalité en France entre 1968 et 1996. Etude en fonction du niveau d'étude par cause de décès. avr 2007;55(2):97-105.
8. La loi relative à la politique de santé publique : « objectifs de santé, plans et programmes d'action ». 9 août 2004;16:587-95.
9. Allen DJ, Heyrman PJ. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. WONCA Eur Société Eur Médecine Générale - Médecine Fam. 2002;52.
10. White K, Williams T, grennberg B. The ecology of medical care. 1961;(265):885-92.
11. Pr. Druais P-L. La place de la médecine générale dans le système de santé. 2015 mars.
12. Bendapudi NM, Berry LL, Frey KA, Parish JT, Rayburn WL. Patients' Perspectives on Ideal Physician Behaviors. Mayo Clin Proc. mars 2006;81(3):338-44.
13. Wiggins MN, Coker K, Hicks EK. Patient perceptions of professionalism: implications for residency education. Med Educ. janv 2009;43(1):28-33.
14. Leahy M, Cullen W, Bury G. What makes a good doctor? A cross sectional survey of public opinion. Ir Med J. févr 2003;(96):38-41.
15. De Chanaud N, Chauvin A, Sidorkiewicz S. Comparaison entre la vision du « bon médecin » d'étudiants en médecine et de patients en Ile-de-France en 2017. 2017.
16. Cuesta-Briand B, Auret K, Johnson P, Playford D. 'A world of difference': a qualitative study of medical students' views on professionalism and the 'good doctor'. BMC Med Educ [Internet]. déc 2014 [cité 16 mai 2018];14(1). Disponible sur: <http://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6920-14-77>

17. Maudsley G, Williams EMI, Taylor DCM. Junior medical students' notions of a 'good doctor' and related expectations: a mixed methods study. *Med Educ.* mai 2007;41(5):476-86.
18. YAZDI SNM, NEDJAT S, ARBABI M, MAJDZADEH R. Who Is a Good Doctor? Patients & Physicians' Perspectives. :3.
19. Lambe P, Bristow D. What are the most important non-academic attributes of good doctors? A Delphi survey of clinicians. *Med Teach.* août 2010;32(8):e347-54.
20. Abu-Hilal M, Morgan EC, Lewis G, McPhail M, Malik HZ, Hocken D. What makes a good doctor in the 21st century? A qualitative study. *Br J Hosp Med Lond Engl* 2005. juill 2006;67(7):375-7.
21. Jones R, Britten N, Culpepper L. Oxford textbook of primary care. Volume 1 : Principles and concepts. Oxford University Press. 2005.
22. Aubin-Augé I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L, et al. Introduction à la recherche qualitative. 2008;19(84):142-5.
23. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie Rev.* janv 2015;15(157):50-4.
24. Letrilliart L, Bourgeois I, Lutsman M, Vega A, Cittée J. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative Deuxième partie : de « Maladie » à « Verbatim ». 2009;20(88):106-12.
25. Letrilliart L, Bourgeois I, Lutsman M, Vega A, Cittée J. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative Première partie : d'« Acteur » à « Interdépendance ». 2009;20(87):74-9.
26. King, Harrocks. Interviews in qualitative research. 1er Ed. Londres: SAGE Publications Ltd; 2010.
27. Gilles de la Londe J. Quels sont les obstacles à la pratique d'une activité physique chez les personnes transgenres MtF ? Etude qualitative TRANSPORT. 2014.
28. Savoie-Zajc L. Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide? *Rech Qual - Hors Sér.* (5):99-111.
29. Pourquoi et comment enregistrer la situation sociale d'un patient adulte en médecine générale? Groupe de travail universitaire et professionnel; 2014 janv.
30. Benyamini Y, Idler EL, Leventhal H, Leventhal EA. Positive affect and function as influences on self-assessments of health: expanding our view beyond illness and disability. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* mars 2000;55(2):P107-116.
31. Lenoir F. Du bonheur : un voyage philosophique. Fayard. 2013. p70-71 p.
32. Pertunski E, Coutard P. Épicure et la philosophie du jardin. restitution du café-philos. 2010

mars 24; Chevilly-Larue.

33. Watson D. Intraindividual and interindividual analyses of positive and negative affect: their relation to health complaints, perceived stress, and daily activities. *J Pers Soc Psychol.* juin 1988;54(6):1020-30.
34. Dictionnaire d'éthymologie. Définition du bonheur. Littré.
35. Diener E, Suh EM, Lucas RE, Smith HL. Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychol Bull.* mars 1999;125(2):276-302.
36. Rameix S. Fondements philosophiques de l'éthique médicale. 1996. 159 p. (Ellipses; vol. 1).
37. Nguyen Truong. Impact d'une formation à la relation thérapeutique sur les capacités empathiques en DFASMI de médecine. Analyse qualitative d'un groupe Balint de 7 séances. 2016.
38. Vannotti M. Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux - l'empathie dans la relation médecin malade. De Boeck Supérieur. 2002. pages 213-237.
39. Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales. JORF n°0095 du 23 avril 2013 page 7097 texte n° 30.
40. Collège National des Généralistes Enseignants. Médecine générale : concepts et pratiques. Ecouter les malades. 1996. pages 137-144. (Masson).
41. Breuil- Genier P, Goffette C. DREES : études et résultats. La durée des séances des médecins généralistes. 2006.
42. Martos S. 22 consultations par jour de 17 minutes en moyenne : comment travaillent les médecins généralistes? *Quotid Médecin.* 2 mai 2017;
43. Irving G, Neves AL. International variations in primary care physician consultation time : a systematic review of 67 countries. *BMJ Open.* nov 2017;
44. Signoret J. Evolution du contenu de la consultation de Médecine Générale en termes de maladies chroniques, aiguës et de prises en charge non pathologiques entre 1993 et 2010. [Faculté de Médecine Paris-Ile-de-France-Ouest, Université de Versailles]; 2012.
45. Hart J. Innovative consultation time as a common European currency. *European Journal of General Practice.* Vol. 1. Socialist Health Association; 1995. 34-37 p.
46. Deveugele M, Anselm D, Atie van den Brink-Muinen. Consultation lenght in general practice : cross sectional study in six European countries. *BMJ.* 31 août 2002;325:1-6.
47. Direction Générale de la Santé. Circulaire relative au programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS). no 2007-430 déc 7, 2007.

48. Lang T. Les inégalités sociales de santé. Actes du séminaire de recherche de la DREES. 2015.
49. WHO. Closing the gap in a generation. Commission on social determinants of health final report. 2008.
50. HCSP. Stratégie nationale de santé : Contribution du Haut Conseil de la santé publique [Internet]. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2017 sept [cité 18 août 2018]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=626>
51. Fassin D. Les inégalités sociales de santé [Internet]. La découverte. 2000 [cité 18 août 2018]. 448 p. (Recherches). Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-inegalites-sociales-de-sante--9782707132475.htm>
52. Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam A-JR, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M, et al. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *N Engl J Med*. 5 juin 2008;358(23):2468-81.
53. ROBERT S. Construction et validation d'un score individuel de précarité utilisable en soins primaires : une étude à partir de la cohorte santé, inégalités et ruptures sociales. UPMC; 2013.
54. Petitclerc-Roche S, Capron V. Influence de la précarité sur la prise en charge médicale. *Exerc Rev Fr Médecine Générale*. 25(114):196-7.
55. Chauvin P, Parizot I. Santé et recours aux soins des populations vulnérables. de la Rochère. Inserm: questions en santé publique; 2005. P105-116 p.
56. Gollac M, Volkoff S. Santé et travail : déni, visibilité, mesure. *Actes Rech En Sci Soc*. 2006;3(163):4-17.
57. Ollier-Malaterre A. Gérer le hors-travail? Pertinence et efficacité des pratiques d'harmonisation travail – hors-travail, aux Etats-Unis, au Royaume-Uni et en France. :654.
58. Le présentéisme coûte plus cher aux entreprises que l'absentéisme [Internet]. Eurecia. 2015 [cité 31 août 2018]. Disponible sur: <https://www.eurecia.com/blog/presenteisme-coute-plus-cher-entreprises-labsenteisme/>
59. Crowe FL, Roddam AW, Key TJ, Appleby PN, Overvad K, Jakobsen MU, et al. Fruit and vegetable intake and mortality from ischaemic heart disease: results from the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC)-Heart study. *Eur Heart J*. mai 2011;32(10):1235-43.
60. Régnier F, Masullo A. Obésité, goûts et consommation. *Rev Fr Sociol*. 1 déc 2009;Vol. 50(4):747-73.
61. Réveillère C, Nandrino JL, Saily F, Mercier C, Moreel V. Étude des tracas quotidiens des étudiants : liens avec la santé perçue. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 1 juill 2001;159(6):460-5.

62. Beck F, Peretti - Wattel P. Regards sur le cancer : représentations et attitudes du public. *Evolutions*. déc 2006;(4).
63. Delefosse MS. Psychologie de la santé et cancer. In: *Cancer et recherches en sciences humaines*. ERES; 2008. p. 47-73.
64. Reynaert C, Libert Y, Janne P. « Psychogénèse » du cancer : entre mythes, abus et réalité. *Bull Cancer (Paris)*. 17 oct 2000;87(9):655-64.
65. Fayers P, Machin D. *Quality of life: the assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes*. Wiley. 2007.
66. Kaplan RM, Ries AL. Quality of Life: Concept and Definition. *COPD J Chronic Obstr Pulm Dis*. janv 2007;4(3):263-71.
67. Testa MA, Simonson DC. Assessment of Quality-of-Life Outcomes. *N Engl J Med*. 28 mars 1996;334(13):835-40.
68. Compagnon L, Attali C. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *Exerc Rev Fr Médecine Générale*. 24(108):148-55.
69. Teutsch C. Patient-doctor communication. *Med Clin North Am*. sept 2003;87(5):1115-45.
70. McGaghie WC, Issenberg SB, Petrusa ER, Scalese RJ. A critical review of simulation-based medical education research: 2003-2009. *Med Educ*. janv 2010;44(1):50-63.
71. Lemogne C. Empathie et médecine. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine* présenté à; 2015 mars 31.
72. Kelm Z, Womer J, Walter JK, Feudtner C. Interventions to cultivate physician empathy: a systematic review. *BMC Med Educ*. 14 oct 2014;14:219.
73. Buffel du Vaure C, Lemogne C, Bunge L, Catu-Pinault A, Hoertel N, Ghasarossian C, et al. Promoting empathy among medical students: A two-site randomized controlled study. *J Psychosom Res*. déc 2017;103:102-7.
74. Moore PM, Rivera Mercado S, Grez Artigues M, Lawrie TA. Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 28 mars 2013;(3):CD003751.
75. Charon R. Narrative and medicine. *N Engl J Med*. 26 févr 2004;350(9):862-4.
76. Goupy F, Le Jeune C. *La médecine narrative, une révolution pédagogique?* 2017. 300 p. (Med-line).
77. Ferry-Danini J. La singularité des récits des patients : un écueil pour la médecine narrative ? In: *Humanités médicales : fictions, représentations, témoignages Actes du Colloque en Humanités médicales organisé par le pôle HALL de l'Université Sorbonne Paris Cité* [Internet]. 2018 [cité 25 août 2018]. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01683065>

78. Charon R. Narrative medicine. Honoring the stories of illness. Oxford University Press. 2006.
79. Goupy F, Abgrall-Barbry G, Aslangul E, Chahwakilian A, Delaitre D, Girard T, et al. L'enseignement de la médecine narrative peut-il être une réponse à l'attente de formation des étudiants à la relation médecin-malade ? Presse Médicale. janv 2013;42(1):e1-8.
80. Zarrad E. Evaluation des apports personnels et professionnels des internes de médecine générale de l'université de Pierre et Marie Curie ayant participé à la première session du séminaire de médecine narrative en 2016. 2017.
81. Charon R, Wyer P, NEBM Working Group. Narrative evidence based medicine. Lancet Lond Engl. 26 janv 2008;371(9609):296-7.

Annexes

1) Canevas d'entretien

Présentation et description de l'état de santé par le patient

- Pouvez-vous vous présenter ?
 - Profession - situation familiale - Logement actuel - Type de couverture maladie
- Que faites-vous habituellement quand vous êtes malade ?
 - Consultation chez le médecin - automédication
- Pouvez-vous me raconter la dernière fois où vous avez été malade :
 - Quand - quelle maladie - Trouvez-vous que vous êtes souvent malade ?
- Souffrez-vous d'un problème de santé particulier ? Prenez-vous des médicaments tous les jours ?
- Selon l'OMS « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. », qu'en pensez-vous ?
(Précisez les définitions si les gens ne comprennent pas)
 - Et vous, qu'est-ce que vous en pensez pour vous de cette définition ?
 - Si réponse négative (*je ne suis pas en bonne santé*) : Qu'est-ce qu'il faut faire pour améliorer votre santé selon vous – qu'est-ce qu'il vous manque ? qu'est-ce qui fait que vous êtes en bonne santé alors ?

Rapport au médecin généraliste et à la santé

- Pouvez-vous me raconter la dernière fois que vous êtes allé chez un médecin généraliste ?
 - Motifs ? Comment s'est passé la consultation ? A-t-il répondu à vos attentes ?
- Qu'est-ce que vous attendez de votre médecin généraliste concernant votre santé ?
 - Avez eu l'impression d'être en meilleure santé après l'avoir consulté ?

Interaction entre situation sociale et santé

- Que pensez-vous de vos conditions de vie actuellement ?
 - Relance sur la famille, le travail
- Que pensez-vous de l'influence de vos conditions de vie sur vos problèmes de santé ?
 - On dit que les conditions de vie influencent la santé, qu'est-ce que vous en pensez ?
- Votre médecin est-il au courant de votre situation sociale, de vos conditions de vie ?
 - Comment a-t-il géré la situation ?
 - Comment en a-t-il été informé ? Abordez-vous spontanément le sujet avec lui ?

2) Questionnaire participant

Date de l'entretien

.....

Sexe : Femme ☐ Homme ☐

Code postal de résidence

Date de naissance/...../.....

Question 1 : Assurance maladie

Assurance maladie obligatoire : ☐ oui ☐ non

Assurance maladie complémentaire : ☐ aucune ☐ mutuelle privée ☐ CMUc ☐ AME

Exonération du ticket modérateur : ☐ oui ☐ non

Si oui : ☐ Accident de travail ☐ Maladie professionnelle

☐ ALD (Affection longue durée) ☐ invalidité

Question 2 : Statut par rapport à l'emploi

☐ Actif travaillant actuellement ☐ Chômage ☐ Retraité ☐ Étudiant ☐ Au foyer

☐ Invalidité avec pension ☐ autre.....

Profession :

Question 3 : Niveau d'études

☐ Aucun cursus scolaire

☐ Primaire

☐ Brevet

☐ Baccalauréat

☐ Études supérieures : ☐ Licence ☐ Master ☐ Doctorat ☐ Autre :

- Avez-vous besoin que quelqu'un vous aide pour comprendre des ordonnances ou des documents d'information médicale remis par votre médecin ? ☐ oui ☐ non

Question 4 : Situation familiale

En couple : ☐ oui ☐ non

Est-ce que vous vivez seul : ☐ oui ☐ non

Nombre d'enfants à charge :

Question 5 : Situation socio-économique

Perception d'un revenu minimal social : ☐ oui ☐ non

Si oui : ☐ RSA ☐ Allocation adulte handicapé (AAH) ☐ autre allocation

En ce qui concerne la situation financière de votre foyer, diriez-vous que :

☐ Vous n'avez pas de problème particulier

☐ C'est juste, il faut faire attention

☐ Vous avez du mal à y arriver

☐ C'est très difficile

Question 6 : Accès aux soins

Combien de temps mettez-vous pour vous rendre chez votre médecin généraliste ?

☐ < 5 min ☐ entre 5 et 15 min ☐ entre 15 et 30 min ☐ entre 30 min et 1h ☐ > 1h

A quelle fréquence consultez-vous votre médecin généraliste ?

☐ > 1/mois ☐ tous les 3 mois ☐ tous les 6 mois ☐ < 1/an

3) Questionnaire médecin

Question 1 : Présentation du médecin généraliste

Age : ans

Sexe : ☐ F ☐ H

Milieu d'exercice : ☐ urbain ☐ semi-rural ☐ rural

Lieu d'exercice :

Question 2 : Mode d'exercice

Exercice : ☐ cabinet seul ☐ cabinet de groupe ☐ en groupe pluri-professionnel
☐ centre de santé

Secteur conventionnel : ☐ tiers payant généralisé ☐ secteur 1 ☐ secteur 2

Mode d'exercice : ☐ libéral ☐ salarié

Question 3 : Caractéristiques des patients

Nombre de patients CMU : ☐ < 20% ☐ 20 à 30% ☐ 30 à 50% ☐ >50%

Nombre de patients ALD : ☐ < 20% ☐ 20 à 30% ☐ 30 à 50% ☐ >50%

Nombre de patients affiliés médecin traitant :

Question 4 : Caractéristiques du patient concerné par l'entretien

Antécédents médicaux :

.....
.....
.....
.....

Nombre de consultations la dernière année :

Motifs des 3 dernières consultations (en un mot) :

- date : Motif de consultation :

- date : Motif de consultation :

- date : Motif de consultation :

Connaissez-vous la situation sociale de ce patient ?

Couverture sociale : ☐ oui ☐ non

Situation professionnelle : ☐ oui ☐ non

Conditions de logement : ☐ oui ☐ non

Connaissez-vous le ressenti de votre patient concernant sa santé ? : ☐ oui ☐ non

4) Caractéristiques complètes des patients

Entretien	Patient				Assurance Maladie			Statut de l'emploi	
	Age	Sexe	Lieu de naissance	Code postal résidence	AMO	AMC	Exonération du ticket modérateur	Emploi	Profession
1	72	Homme	St Antoine sur L'Isle	94440	Oui	Mutuelle privée	Non	Retraité	Trésorier agence de pub
2	66	Femme	Valenciennes	94100	Oui	Mutuelle privée	ALD	Retraité	Agent de station RATP
3	62	Femme	Angers	75019	Oui	Mutuelle privée	Non	Actif	Graphiste
4	77	Femme	Paris	75019	Oui	Mutuelle privée	Non	Retraité	Graphologue
5	28	Femme	Saint Maurice	94000	Oui	Mutuelle privée	ALD	Étudiant	Interne en endocrinologie
6	59	Femme	La Picomarie	75020	Oui	Mutuelle privée	Non	Actif	Fonctionnaire éducation nationale
7	69	Homme	Monhstia (Tunisie)	75020	Oui	Aucune	Invalidité	Retraité	Travail dans le bâtiment
8	78	Femme	Mortreux	75019	Oui	Mutuelle privée	ALD	Retraité	Fonctionnaire éducation nationale
9	52	Femme	Paris 18ème	77380	Oui	Mutuelle privée	Accident de travail	Actif	Caissière libre-service
10	48	Femme	Lisbonne (Portugal)	91480	Oui	Mutuelle privée	Accident de travail	Actif	Imprimeur
11	51	Femme	Bourg Saint Maurice	91480	Oui	Mutuelle privée	Non	Actif	Comptable
12	21	Femme	Villeneuve Saint Georges	91230	Oui	Aucune	Non	Sans emploi	Vendeuse
13	66	Femme	Hénin Beaumont	91800	Oui	Mutuelle privée	Non	Retraité	Professeur de maths

Entretien	Situation familiale				Situation socio-économique		Accès aux soins	
	Aide pour ordo*	En couple	Vit seul	Nombre Enfants à charge	Perception d'un revenu minimum	Situation financière du foyer	Temps de trajet médecin	Fréquence de consultation
1	Non	Oui	Non	0	Non	Pas de problème particulier	15-30 min	Tous les 6 mois
2	Non	Non	Oui	0	Non	C'est juste, il faut faire attention	15-30 min	Tous les 3 mois
3	Non	Non	Oui	0	Non	C'est juste, il faut faire attention	Moins de 5 min	Tous les 3 mois
4	Non	Oui	Non	0	Non	Pas de problème particulier	5-15 min	Tous les 6 mois
5	Non	Oui	Oui	0	AAH	Mal à y arriver	30 min-1 heure	< 1 fois par an
6	Non	Non	Oui	0	Non	Pas de problème particulier	Moins de 5 min	Tous les 6 mois
7	Non	Oui	Non	1	Non	C'est juste, il faut faire attention	5-15 min	Tous les 3 mois
8	Oui	Non	Non	0	Non	C'est juste, il faut faire attention	Moins de 5 min	Tous les 3 mois
9	Non	Oui	Non	1	Non	Pas de problème particulier	5-15 min	> 1 fois par mois
10	Oui	Oui	Non	1	Non	C'est juste, il faut faire attention	5-15 min	Tous les 3 mois
11	Non	Oui	Non	1	Non	Pas de problème particulier	Moins de 5 min	Tous les 3 mois
12	Non	Non	Non	0	Non	Pas de problème particulier	5-15 min	> 1 fois par mois
13	Non	Non	Oui	1	Non	C'est juste, il faut faire attention	5-15 min	Tous les 3 mois

* = aide pour la compréhension des ordonnances de son médecin traitant

5) Caractéristiques complètes des médecins

Entretien		Présentation du médecin généraliste				Mode d'exercice		
Entretien	Identification du médecin	Sexe	Age	Milieu d'exercice	Lieu d'exercice	Type d'exercice	Secteur conventionnel	Mode d'exercice
1	Médecin 1	Femme	47	Urbain	Saint Maur (94100)	Cabinet seul	Secteur 1	Libéral
2	Médecin 1	Femme	47	Urbain	Saint Maur (94100)	Cabinet seul	Secteur 1	Libéral
3	Médecin 2	Homme	59	Urbain	Paris (75019)	Cabinet seul	Secteur 2	Libéral
4	Médecin 2	Homme	59	Urbain	Paris (75019)	Cabinet seul	Secteur 2	Libéral
5	Médecin 3	Homme	60	Urbain	Brunoy (91800)	Cabinet seul	Secteur 1	Libéral
6	Médecin 4	Femme	58	Urbain	Paris (75020)	Centre de santé	Tiers Payant généralisé	Salarié
7	Médecin 5	Femme	58	Urbain	Paris (75020)	Centre de santé	Tiers Payant généralisé	Salarié
8	Médecin 2	Homme	59	Urbain	Paris (75019)	Cabinet seul	Secteur 2	Libéral
9	Médecin 6	Homme	60	Semi-rural	Quincy-sous-Sénart (91480)	Cabinet de groupe	Secteur 1	Libéral
10	Médecin 7	Homme	58	Semi-rural	Quincy-sous-Sénart (91480)	Cabinet de groupe	Secteur 1	Libéral
11	Médecin 7	Homme	58	Semi-rural	Quincy-sous-Sénart (91480)	Cabinet de groupe	Secteur 1	Libéral
12	Médecin 7	Homme	58	Semi-rural	Quincy-sous-Sénart (91480)	Cabinet de groupe	Secteur 1	Libéral
13	Médecin 8	Homme	49	Semi-rural	Draveil (91210)	Cabinet seul	Secteur 1	Libéral

Entretien		Caractéristiques des patients			Connaissance du médecin de la situation sociale du patient			
Entretien	Identification du médecin	Nombre de patients CMU	Nombre de patients ALD	Nombre de patients affiliés MT	Couverture sociale	Situation professionnelle	Conditions de logement	Sentiment de bonne santé du patient
1	Médecin 1	<20%	30-50%	1040	Oui	Oui	Oui	Oui
2	Médecin 1	<20%	30-50%	1040	Oui	Oui	Non	Oui
3	Médecin 2	<20%	20-30%	1485	Oui	Oui	Oui	Oui
4	Médecin 2	<20%	20-30%	1485	Oui	Oui	Oui	Non
5	Médecin 3	<20%	20-30%	1756	Oui	Oui	Non	Non
6	Médecin 4	>50%	30-50%	1800	Oui	Oui	Oui	Oui
7	Médecin 5	>50%	30-50%	1856	Oui	Oui	Non	Non
8	Médecin 2	<20%	20-30%	1485	Oui	Oui	Oui	Non
9	Médecin 6	30 à 50%	20-30%	2700	Oui	Oui	Non	Non
10	Médecin 7	20-30%	20-30%	1900	Oui	Oui	Non	Non
11	Médecin 7	20-30%	20-30%	1900	Oui	Oui	Oui	Oui
12	Médecin 7	20-30%	20-30%	1900	Oui	Oui	Oui	Oui
13	Médecin 8	<20%	20-30%	3000	Oui	Oui	Oui	Oui

6) Exemple d'entretien

Entretien 8

MB - Bonjour !

P8 - Bonjour

MB - Merci de vous être déplacée, vous habitez en haut c'est ça ?

P8 - Oui, j'habite au 11^{ème} étage, mais là j'ai pu descendre en ascenseur, heureusement car avant je devais le faire à pied deux fois par jour

MB - Deux fois par jour ?

P8 – Deux fois par jour j'avais un petit chien, alors deux fois par jour je le sortais et donc 11 étages à monter, à descendre...

MB – Onze étages ?

P8 – Deux fois par jour, pendant une semaine, ça m'a déclenché la sciatique. Mais enfin bon, c'est pas... c'est selon comment je m'assieds, comment je me mets, etc., etc. J'ai vu un ostéopathe mais je pensais que dans les 48 heures, ça allait s'arranger. C'est un peu plus long que prévu mais bon. Avec tous les maux que j'ai, ça fait jamais qu'un de plus. Aujourd'hui, qu'est-ce que tu as ? Voilà pour la petite histoire.

MB – Je ne sais pas trop s'il vous a expliqué, le docteur C. ?

P8 – Que vous prépariez une thèse.

MB – Comment je fonctionne ? Je fais une thèse qualitative, c'est-à-dire que je fais des entretiens, dans des cabinets. J'essaie de varier un petit peu les lieux et je prends des patients au hasard aussi, des patients plus jeunes, plus vieux, malades, pas malades, etc. Ce que je fais, j'enregistre avec mon téléphone ce qu'on se dit et après je retranscris tout. Et après, j'essaie d'analyser ce qu'on s'est dit, pour essayer, quand j'aurai beaucoup de patients, d'en tirer un peu des grands principes.

P8 – D'accord, et le tout, c'est une thèse sur quoi ?

MB – Sur la santé en général. Au fur et à mesure ça va s'affiner.

P8 – Vous voulez être médecin, ou bien...

MB – Médecin généraliste, oui.

P8 – Vous êtes médecin.

MB – En fait, je viens de finir mon internat et donc du coup, là je travaille dans un cabinet, un peu comme ici.

Il faut juste que vous me signiez un consentement comme quoi vous êtes d'accord que je vous enregistre. Vous mettez votre nom, mais je ne le mettrai jamais nulle part. C'est juste pour moi après pour faire mes...

P8 – Pour situer.

MB – Exactement mais ce sera remis nulle part ailleurs.

P8 – En plus, j'ai pas mes lunettes.

MB – Est-ce que vous pouvez un petit peu vous présenter, vu qu'on ne se connaît pas ?

P8 – Donc L. E, c'est mon prénom. Donc je suis née dans le sud de la France. J'ai fêté mes 78 ans récemment.

MB – Vous êtes née où ?

P8 – À Carpentras. Vous connaissez peut-être ?

MB – Je n'y suis jamais allée mais je connais de nom.

P8 – C'est mignon tout plein. Et puis donc, montée à Paris à l'âge de 30 ans, à la suite du décès de ma mère. J'ai voulu tout trancher, toc, toc. Moi, je suis un peu du style, on passe à autre chose, pour pouvoir avancer justement. Donc je suis en coloc avec ma sœur, de l'autre côté de l'immeuble, bâtiment A, du fait qu'à Paris, c'est très cher et puis bon... toutes les deux célibataires endurcies, etc., tout en étant très autonomes l'une et l'autre : elle a ses amis, j'ai mes amis, on a des amis communs, etc., etc.

Donc tout se passe pour le meilleur du monde. On est pour la non-violence (*rires*), pas du tout conflictuelles donc ça se passe bien, chacune ayant sa vie mais n'empiétant pas sur celle de l'autre.

C'est pas évident comme ça à concevoir, parce que c'est... c'est assez inédit, c'est atypique. Mais bon, c'est... ça marche. Ça marche et puis bon, maintenant, on se pose même plus la question (*rires*).

Là-dessus, je m'occupais de l'infirmerie dans un lycée. J'ai fait ça pendant 40 ans, dans un internat dans un premier temps, où j'ai été... disons qu'à l'époque, c'était de manière empirique, c'était pas comme maintenant avec... voilà. Donc j'ai été formée quand même par un médecin et une infirmière en internat et comme il y avait, comment dirais-je, c'était un lycée à la fois généralisé... généraliste, et puis aussi, il y avait des machines. C'étaient les deux.

MB – Technologie ?

P8 – Voilà. Des fois les mots me manquent, vous m'excusez.

MB – Y a aucun problème.

P8 – Et donc, y avait quand même pas mal d'accidents des machines, tout ça, le sport, etc., etc., donc j'ai été quand même formée assez... et puis, on avait la chance d'avoir un médecin, qui venait deux fois par semaine en internat où il accompagnait les enfants chez le médecin qui était pas très loin.

MB – C'était où ça ?

P8 – C'était à Carpentras, pendant 10 ans, dans un internat. Et ensuite, je suis venue à Paris, au lycée L. dont vous avez peut-être entendu parler et là, j'étais toute seule. Et là, je suis restée 30 ans. Donc, quand on m'a dit « vous êtes toute seule », ohh (!) et puis bon, ça s'est très bien passé, parce que y avait pas d'abord les machines et puis ensuite, c'était quand même, c'était le contact personnel qui primait. Mais ça n'empêchait que là aussi il y avait des accidents de sport, mais c'était aussi l'écoute, la compréhension, leur faire comprendre certaines choses « pourquoi je travaille »...

Voilà, de manière... Alors des fois, ils me disaient « ma mère m'a dit ça ». Je dis « c'est normal ». Donc vous voyez, ils acceptaient ce que je disais. Ils me disaient « ah ben oui », et puis après, ils me disaient « ma mère me l'a déjà dit ». Voyez, donc ça leur faisait prendre conscience de certaines choses.

Enfin, bon bref, tout ça pour dire que c'était quand même très agréable. J'ai eu la chance d'avoir un travail très agréable, au milieu des jeunes, des enfants. J'ai pas eu d'enfants, mais je les ai eus par procuration comme ça.

MB – Par le travail ?

P8 – Par le travail. Donc je n'ai pas eu de manque, de frustration.

MB – Et ça fait longtemps que vous êtes en colocation avec votre sœur ?

P8 – Ooooh, je compte plus les années ! (*rires*). Ben, pratiquement depuis 40 ans.

MB – Et puis vous étiez à Paris en fait ?

P8 – À Paris oui. Là, on a dit « bon ben... ». Au départ, c'était pour quelque temps et puis il s'est avéré que bon, ça marchait bien et puis les choses ont coulé, de part et d'autre, dans la mesure où on a au départ, établi un certain schéma de... voilà, y a plus eu de problèmes. Chacune respectant la vie de l'autre ; donc y avait pas lieu de...

En plus, elle était infirmière diplômée elle. Elle a été à Avicenne pendant 30 ans, 35 ans je crois.

Donc on était dans le même milieu, elle de manière officielle et moi, officieuse. Et puis donc, est venue l'heure de la retraite.

MB – Et vous avez toujours été dans cet appartement-là ?

P8 – Non, on a habité au Belvédère là, plus petit, en face. Pas le grand, le petit. Et puis on a habité aussi dans le 18^e. On a déménagé 3 fois, pas plus. On est du style, quand on est bien à un endroit, on reste et quand on trouve quelque chose de mieux, on dit « on pourrait peut-être aller là ».

Voilà, les années ont passé, agréables, charmantes. On a voyagé, j'ai voyagé, fait des sorties théâtre.

MB – Vous avez profité de Paris ?

P8 – Oui, j'ai profité de Paris. Moins maintenant. Plus maintenant, puisque vu mon état qui se dégrade, mais ça me gêne absolument pas. Y a un âge pour tout. Y a un âge, pour sortir, pour s'amuser. Pour voyager, je dis il vaut mieux voyager à l'étranger quand on est jeune et quand on sera plus âgé, on aura peut-être moins le... voilà.

MB – Ça rend les choses plus difficiles des fois.

P8 – Voilà, tout à fait. On avait pensé ça. Donc, on a voyagé un peu, ce qui nous a ouvert l'esprit (*rires*). Et puis et puis, quoi encore ? Oui, on a eu quand même des... j'ai connu le bouddhisme. Donc cela fait à peu près 30 ans, donc je m'y suis adonné tranquillement, sereinement, sans être fondamentaliste, sans me raser le crâne. Mais bon, ces enseignements m'ont appris beaucoup de choses et m'ont permis justement, d'aborder le problème, notamment de la maladie, sous un angle différent. Ce qui fait que je n'ai jamais stressé, quand j'ai appris que j'avais un cancer. Même pas eu de décharge d'adrénaline. Je m'en suis rendue compte après, quand on m'a dit... J'ai dit « ah, c'est grave » « c'est sérieux » et j'ai dit « bon d'accord, on va voir ».

Donc les choses ont évolué en plus. Je n'ai pas souffert quand on m'a opérée. La première année, ça a été la chimio. Impeccable : pas de nausées, pas de machins, pas de trucs. On m'a opérée... ils hésitaient parce que bon, vu mon âge. Et puis, je n'ai rien senti à l'opération. Ils m'ont proposé la péridurale et j'ai dit « ben oui, pourquoi pas ? ».

Je n'ai rien senti, ni avant, ni pendant, ni après.

MB – Et le fait de pratiquer le bouddhisme, c'est sous quel angle ? C'est que vous faites de la méditation ?

P8 – Oui, je fais de la méditation, oui, c'est cela.

MB – Tous les jours ?

P8 – Pratiquement. Là, je suis un peu paresseuse, parce que y a des périodes, mais y a toujours quelqu'un qui vient... là tout à l'heure, quand je vous quitte, y a quelqu'un qui va venir pratiquer avec moi. Comme j'ai du mal à sortir et qu'il fait froid, machin donc les gens viennent. J'ai un autel chez moi. Donc j'ai un mantra, un soutra et je récite.

Ce qui fait que en fait... comment vous dire ? Physiquement, je l'ai ressenti au départ. Bon, j'ai écouté comme tout le monde, comme vous écoutez actuellement en disant « oui d'accord, c'est intéressant mais quoi, mais qu'est-ce ? ». Et puis j'ai pratiqué et là, je me suis rendu compte que...

Par exemple, un truc très concret. Je suis très fatiguée et puis, j'ai pas envie de pratiquer mais je me dis quand même ça va te faire du bien. Je le sais. Je me mets devant le gondzo....., c'est un mandala. Je me mets à réciter le mantra, pendant x temps. Ça peut être 10 minutes, 5 minutes, une demi-heure, une heure ; ça dépend du machin.

Et au fur et à mesure que je pratique, je sens la chaleur qui m'inonde. C'est un effet physique. Et au bout d'un certain temps, j'ai une pêche d'enfer. Mais c'est pas systématique hein. Il faut pas non plus... C'est pas systématique mais ce sont les premiers effets que j'ai pu ressentir quand j'ai pratiqué, sinon j'aurais arrêté et dit « qu'est-ce que tu racontes là ? ».

Il me fallait du concret. C'est normal, on est cartésien donc il faut que ça ait du sens. Il faut que ça repose sur quelque chose de concret, sinon, bon ben...

MB – Et vous faites aussi des exercices aussi un peu avec la respiration ?

P8 – Ben, du fait que je récite ce mantra, je me suis rendu compte que je respirais différemment. Voyez ce que je veux dire ? Les femmes, elles respirent surtout par le ventre et les hommes par les poumons dit-on. Donc si je fais gnnanongnanon....., je regarde ma main, gnnanongnanon, et je recommence, donc ça fait ça, voyez ? Donc c'est un truc d'énergie que je renouvelle.

MB – Et les personnes qui viennent chez vous, pour le faire avec vous, c'est des amis, ou c'est des gens que vous avez rencontrés par...

P8 – Justement, au départ, je les ai rencontrés parce que je faisais du bouddhisme. Donc on se contacte les unes, les autres et puis après, on crée des liens, évidemment. On fait ça par quartiers. C'est plus facile pour les gens. Par exemple, pour moi qui à présent ai un peu de mal à me déplacer, c'est plus facile. Donc on est une quinzaine par petits groupes. Donc, sur les 15, y en a bien quelques-unes qui sont disponibles. Des fois on le fait à 3, à 4, à 2, à 1. Voilà. Si j'ai une amie qui vient pour une heure, on pratique une heure.

MB – Et votre sœur, elle fait ça aussi ou pas ?

P8 – C'est elle qui m'a inculqué cela et puis après, ça lui a plus plu. Elle est allée vers autre chose. Parce qu'elle, elle est toujours en recherche d'autre chose. Moi je me suis fixée, j'ai dit bon, c'est ça, c'est ça. Elle est allée vers les Tibétains, et puis après les Tibétains, ça lui a plus rien dit. Chacun a... mais on se respecte. « Tu pratiques plus ? Bon ben tu pratiques plus ». C'est pas un problème. Elle est en recherche continuelle. Elle est très cérébrale, donc pour les gens qui sont très cérébraux, c'est difficile d'aborder quelque chose comme ça et ça vous remet face à face avec vous-même. Et puis y a des gens qui ont du mal. Voyez ce que je veux dire ?

Il faut se... il faut se... comment dire... se remettre en question constamment. Et puis voir les choses... et puis après, je vais pas vous embêter avec ça.

Par exemple, voir les divers événements qui donnent lieu à diverses émotions. Par exemple, la colère. On se dispute. Vous êtes très en colère contre moi. Dans un premier temps, je vais voir votre colère et je vais réagir... et puis, d'un autre côté, maintenant je vais dire « oh la la, qu'est-ce qu'elle souffre... Quel problème a-t-elle pour agir de telle manière ? ». Donc je suis le miroir. Vous m'agressez, je suis votre miroir. Voyez ce que je veux dire ?

Donc, soit vous me dites quelque chose, et je dois reconnaître honnêtement que vous avez raison, auquel cas, pas de problème, je me mets en question. Soit je me rends compte que c'est injustifié mais au lieu de vous en vouloir et d'avoir de la rancune, je me dis « quelle souffrance elle a ? ». Donc je vais essayer de comprendre le pourquoi de, et entamer le dialogue sous un autre aspect. Ce qui fait qu'à un moment donné, y a plus de jugement de

l'autre. Y a une personne qui est en face de moi et qui souffre. Donc on va essayer, même si on n' pas les mêmes idées, les mêmes choses, on est deux êtres humains qui ont intérêt à se comprendre, puisque c'est par le dialogue que vient...

Si les gens dialoguaient davantage, intelligemment (*rires*), y aurait moins d'histoires. Y a des non-dits qui fait qu'il y a des rancœurs, qu'on traîne pendant des années, des années et puis un beau jour, hop, ça explose.

Donc on comprend tout ce phénomène, et on applique... Alors, moi je vous dis la colère, mais ça peut être l'avarice, la rancœur... On a dix états en nous et puis je finirai là-dessus. On a dix états, qui sont constants et impermanent à la fois c'est-à-dire que vous avez l'état d'enfer et de colère, l'état d'avidité... enfin, y a plein de choses, l'état de bonheur, l'état de bonheur temporaire, l'état de Bouddha. J'en ai oublié, l'état de tranquillité.

Alors, tous ces états, on les a en soi. Par exemple, là, on est en état d'éveil, parce qu'on essaie de se comprendre. Vous allez avoir un coup de téléphone, vous ou moi qui nous annonce quelque chose de joyeux. Tout à coup, c'est un autre état... c'est le bonheur temporaire. On va vous annoncer une bonne nouvelle. Mais ça dure pas, ça dure le temps que vous appreniez la nouvelle ; ça peut durer un ou deux jours mais entretemps, il va y avoir d'autres éléments, qui vont vous... comment dirais-je vous submerger. Et chaque fois, voilà. Donc on a ces dix états qui sont constamment en nous et ils circulent, comme le sang circule, comme la vie circule. On fait comprendre que tout est impermanent, la permanence des choses et des gens. Donc une amitié qu'on pensait être [*retient sa respiration*], et puis elle dure ce qu'elle dure. Vous imaginez depuis votre enfance, le nombre d'amis que vous avez eus et que vous avez perdus. Perdus, entre guillemets, que la vie a séparé.

Donc les choses ne sont pas statiques. Les choses bougent, donc pourquoi s'attacher ? Et je finirai là-dessus : pourquoi s'attacher énormément, à ce qui ne fait que passer ? Aussi bien sur le plan matériel, que sur le plan... Ça veut pas dire qu'on ne construit pas de l'amour. Par exemple un couple, c'est aller dans le même chemin, regarder droit. Mais on peut – heureusement d'ailleurs - mais y a toujours cette part d'avoir conscience de l'impermanence des gens, des choses. Ce qui fait que ça nous permet de prendre du recul, par rapport aux événements qui surviennent dans nos vies.

Alors, quand on m'a dit que j'étais malade, bon ok, d'accord. Je vis au jour le jour. L'année prochaine, je ne serai peut-être plus de ce monde. J'en sais rien, mais bon, j'essaie de vivre le mieux possible, pour ce qu'il me reste à vivre.

MB – Par rapport à votre état de santé, vous avez un cancer, c'est ça ?

P8 – Voilà, j'ai un cancer. On l'a découvert en 94... qu'est-ce que je raconte ? En 2014. Cancer des ovaires. Là-dessus, j'ai eu la chimio. Donc je suis soignée à Saint-Louis. On m'a fait ma chimio pendant une année. En novembre on a commencé, au mois de juin on m'a opérée, avec des réserves. Ils ont hésité quand même à m'opérer. Ils m'ont opérée et je vous dis, 20 jours après, je sortais et je courais comme une gazelle (*rires*). Et puis j'ai eu une période de rémission.

Et puis là, ça a repris. La deuxième fois, ça a été plus dur. Chaque fois, on m'a signalé que c'était... je me rappelle plus, carcinome poreux... sérieux, un truc comme ça. Je me rappelle plus le terme exact. Donc, c'est chronique quelque part.

MB – C'est toujours au niveau de l'ovaire ?

P8 – Du fait qu'on me l'a enlevé, j'en ai plus, mais bon. On m'a enlevé l'utérus, l'ovaire, l'appendicite et la vésicule biliaire. Et puis là-dessus, j'ai eu encore des problèmes. Et là, ça allait bien et puis j'ai eu comme une espèce de syndrome occlusif et je suis allée voir donc le docteur C. Ça m'a duré 15 jours, c'était assez pénible, parce que j'avais toujours l'impression de m'envoler comme une montgolfière. À un moment donné, je pouvais plus (*rires*)... voilà. Donc là-dessus, je dois passer une coloscopie. J'ai des problèmes avec les rendez-vous et puis je râle... Alors là je râle (*rires*) mais on trouve plus personne au bout du fil, donc c'est par mail. Donc on n'a pas des retours, donc on sait pas. Mon oncologue m'attend pour le 14 septembre, j'aurai jamais la coloscopie.

MB – Le 14 janvier ?

P8 – 14 décembre. Et j'ai rendez-vous avec le gastro, le 11 décembre. Donc la coloscopie, elle va pas pouvoir se faire dans les 3 jours qui suivent. J'ai envoyé un mail, disant de quoi il retournait et on m'a pas répondu, je sais pas. Mais demain je vais faire la chimio, donc j'irai les voir et puis j'expliquerai.

MB – Vous êtes sous chimiothérapie depuis quand ?

P8 – Alors là, je suis sous Avastin. Alors, je précise une chose, parce que y a des gens qui savent pas. Vous, vous le savez sans doute. L'avastin... entre parenthèses, en plus de tout ce que j'ai, on a découvert que j'avais une DMLA. Donc on m'a fait des injections. Et puis entretemps, l'oncologue m'a mis sous avastin. Or, l'avastin a une influence positive sur le DMLA. Ce qui fait que je suis guérie de ce côté-là. Donc il faudrait quand même qu'on m'opère de la cataracte, parce que j'arrive plus à lire. Vous saviez que l'avastin était valable... mais on ne le donne plus. J'ai dit ça à mon ophtalmo qui est de l'autre côté. J'en avais entendu parler par la pharmacienne et je lui ai dit « docteur, il paraît que l'avastin a des effets positifs sur le DMLA ? ». Il m'a dit « oui, effectivement ». Et j'ai dit « et il paraît qu'on ne le fait pas, parce que c'est tellement cher que pour des individus comme ça, ils ne le font pas et moi, j'en ai bénéficié... »

MB – Parce qu'il y avait l'indication du cancer.

P8 – Voilà. Voyez ce que je veux dire ? Je vous le dis, à tout hasard. Non mais c'est un peu triste, de voir que des personnes ne seront pas traitées, parce que c'est un produit très cher.

MB – Malheureusement.

P8 – Moi j'en bénéficie, donc je me suis rendu compte qu'effectivement, Normalement quand j'ai vu ça... maintenant c'est plus ça, c'est très très très léger mais à la dernière consultation que j'avais eue, c'était pratiquement guéri quoi. C'est cicatrisé. Le terme exact, il m'a dit « c'est cicatrisé ». Donc il va pouvoir m'opérer de la cataracte mais quand ? Parce qu'il faut, 15 jours après la chimio et 3 semaines après l'intervention en question. Ça me fait 6 semaines... Alors, j'ai pris ces 6 semaines déjà, pour me faire faire une infiltration, parce que j'ai mal au dos. Donc là, je sais pas comment je vais faire, mais j'aimerais bien l'an prochain, être opérée de la cataracte, parce que j'ai du mal à lire.

MB – Et est-ce qu'il y a d'autres soucis de santé ou pas ?

P8 – Ah ben, vous trouvez que j'en ai pas assez ? (*rires*). Ça me fait mal sous les pieds. J'ai du mal à marcher. Donc j'ai... attendez voir que je réfléchisse, parce que j'ai tellement de choses. Ah oui, j'ai eu aussi des reflux gastriques, qui ont fait que j'avais mal à la gorge. Au début je comprenais pas et le docteur m'a dit « mais ce sont les reflux » et ça m'a duré 2 mois. Et puis j'ai des problèmes de voix : le matin on m'entend pas et le soir, au fur et à mesure que la journée avance, la voix revient curieusement. Donc les reflux sans doute, m'ont un peu brouillé les cordes vocales. Ce qui fait que je chantais Carmen et je chante plus rien du tout (*rires*).

MB – Tous les jours à la maison, vous prenez des médicaments alors ?

P8 – Ah ben oui, je prends... ben je prends des médicaments pour la thyroïde.

MB – La thyroïde, elle est un peu fatiguée, c'est ça ? Elle est en hypothyroïdie ?

P8 – Ça fait un moment déjà. Avant même d'avoir ça, j'avais eu du levothyrox. Ils ont un peu augmenté. Je suis passée de 25 à 75, la moitié de 75. Et puis je prends pour le cœur. Mon cœur il va bien jusqu'à présent ; j'ai jamais eu de problème de cœur. Au moins ça ! Et puis quoi encore ? Je prends ça, je prends du Lyrica, pour mes douleurs de hanche. Et l'autre fois, je voulais les supprimer, parce que moi, quand je peux supprimer un truc, je le supprime. J'en ai parlé au médecin et je lui ai dit. Alors, le médecin de Lariboisière, où je me suis fait opérer, je lui ai dit « j'aimerais bien supprimer... » et elle me dit « bon ben, on va le faire progressivement », parce que j'en prenais 2 par jour et j'en prends plus qu'un par jour. Là, je voulais le supprimer et j'ai des crampes et quand j'ai vu l'oncologue, incidemment, je lui en ai parlé. Elle me dit « mais le Lyrica, au lieu de le prendre le matin, prenez-le le soir ». Et effectivement, je n'ai plus de crampes pour le Lyrica, des crampes nocturnes.

Qu'est-ce que j'ai encore ? (*rires*).

Les yeux je n'ai pas... ah oui, et je deviens sourde. Ah oui, j'ai eu une parotide, un cancer de la parotide. Y a 10 ans. Je l'avais oublié celui-là ! (*rires*).

Ah oui, et puis j'ai eu une tuberculose biliaire, il y a de cela 20 ans. Voyez, c'est vous dire que j'ai oublié. J'oublie...

Alors, à un moment donné, il me demandait, il me disait le chirurgien... Non, c'était pas le chirurgien, c'était où ça ? C'était à Gustave Roussy, ils m'ont demandé si je voulais faire une opération réparatrice. J'ai dit « Écoutez, j'aurais 20 ans ou 30 ans, je dirais oui mais bon, à mon âge... » et puis, je suis pas défigurée hein. J'ai dit « non, ça fera gagner à la sécurité sociale », donc je me suis pas faite opérer, ça fait 10-15 ans. J'ai une sensibilité des fois, au chaud, au froid, ça me démange un peu ; des petits trucs sans importance.

Je crois que j'ai fait le tour de mon... de mon...

MB – De votre parcours ?

P8 – De mon parcours médical (*rires*). Oui, oui, j'ai eu des coliques néphrétiques quand j'étais jeune. Mais c'est passé comme ça, y a pas eu de... Y avait des cristaux, et comme je buvais beaucoup – d'eau j'entends – ça a dû... j'étais toujours en train de boire, donc ça a dû faciliter les choses.

MB- Quand vous êtes malade en général, de façon habituelle, qu'est-ce que vous faites ? Vous allez directement voir le médecin spécialiste ?

P8 – Pas spécia... Non, c'est pas mon truc. Non, j'attends de voir. Je sais pas. Le docteur C. qui est à côté, la première année de ma chimio, il m'a jamais vue par exemple. Cette année, il me voit un peu plus, parce que j'ai des petites bricoles. Sinon, je cours pas chez le spécialiste, le machin. Ça me gonfle quelque part hein. Je sature. C'est normal, je commence à saturer. Donc, non, non, non, je suis pas du style, mais quand il faut, il faut, voilà.

Quand j'ai eu mon problème là, de truc occlusif, plus rien ne passait ou presque. Je suis allée quand même le voir, il m'a donné du Trimébutine, style Débridat, je crois que c'est ça. Mais j'ai mis quand même 15 jours, avant de récupérer. Donc je veille à aller aux toilettes tous les jours, donc je prends du Duphalac. C'est en fonction... c'est toujours pareil hein, je prends pas tous les jours, mais y a des périodes où j'en prends tous les jours. Et puis quand je vois que ça va mieux et que j'y vais..., j'en prends plus pendant... Voilà, je gère. On finit par connaître son corps. Donc en fonction de, je diminue ou j'accentue.

Ah mais j'avais oublié, j'ai eu une rectocolite hémorragique. J'avais oublié (*rires*).

MB – Pourtant, c'est pas un petit...

P8 – Eh ben non. Non, parce que je prends 2 comprimés par jour de Pentasa et ce, depuis 20-25 ans. Et puis de temps en temps, y a, une fois par an, y a un petit quelque chose. Donc de suite, j'accentue... voilà, et puis au bout d'une semaine, tout est rentré dans l'ordre donc... et j'y pense même plus.

Je crois que j'ai fait la liste là hein. Je suis une chronique à moi toute seule (*rires*).

MB- Est-ce que vous pouvez me raconter, la dernière fois que vous avez été malade, que vous avez consulté ici ? C'était pour quoi ?

P8 – C'était le docteur C, c'était pour quoi ? Eh ben, justement pour ça...

MB – Pour le problème de sciatique ou le problème occlusif ?

P8 – Non, pour le problème occlusif. Non, la sciatique, je suis pas allée le voir. De toute façon, j'ai pas droit aux anti-inflammatoires. Donc je suis allée voir l'ostéopathe. J'étais allée auparavant, y a x années, un vieux monsieur, qui m'avait soignée et j'étais sortie impeccable. Depuis le pauvre, je sais pas s'il est décédé, parce qu'il était quand même assez âgé ou s'il n'exerce plus pour les mêmes raisons mais celui que j'ai là, il est bien mignon, il est charmant, mais je doute un peu de son efficacité. Alors, je sais pas.

Mais jusqu'à présent, je suis allée voir plusieurs fois des ostéopathes et par deux fois, j'ai eu des résultats. Et l'autre, celui que j'avais au P. c'était pas une partie de plaisir. J'avais le bras presque paralysé, voyez, j'avais tout ça là... et au bout de la deuxième séance, ça y était. C'était bon, donc j'ai dit ok à l'ostéopathie. Je suis tombée sur des ostéopathes où, apparemment, leur technique ne me conviens pas dirais-je, voilà. C'est leur technique qui me...

Et celui-là, c'était dommage parce qu'il était bien mignon, il me plaît beaucoup mais alors le bras... j'ai mal au bras. En tirant mon chien, il me tire, pourtant c'est un Bichon, il me tire. Et je crois qu'à force, ça m'a fait une espèce d'inflammation. Il m'a dit « vous avez une... ». Je

vois que c'est pas tout à fait fini. Y a une amélioration au niveau du bras. Au niveau de la sciatique, selon comment je me mets, selon...

MB – Oui, c'est positionnel.

P8 – Voilà, ben ça va passer. C'est pas non plus... C'est-à-dire que quand ça me prend, je vous jure que je... pfff... le nerf enflammé là, en me levant, je dis pas que je vais faire la grimace mais marcher, c'est ce qu'il y a de mieux. D'ailleurs j'ai vu l'autre jour un truc... même pour le dos, les gens qui ont mal au dos il faut qu'ils marchent.

MB – Oui, y a une campagne actuellement, j'ai vu.

P8 – Alors mon chouchou, il est là pour m'obliger à sortir (*rires*), mais j'ai pas dit ça quand il y avait l'ascenseur en panne. Je vous jure... Une semaine, 11 étages, 2 fois par jour. J'ai cru que j'allais mourir.

MB – Et votre sœur, elle pouvait pas trop vous aider à ce moment-là ?

P8 – Mais elle, elle faisait les courses aussi la pauvre. Et puis elle avait eu une fracture de la malléole ! Une double fracture de la malléole. Donc ça fait un an qu'elle traîne ça, mais elle a mal au pied quoi. C'est très douloureux, c'est très long. Là ça va, mais elle aussi, une fois... deux fois mais c'était compliqué pour elle aussi. Je pouvais monter mais bon.

MB - Deux semaines c'était le maximum.

Il y a plein de définitions de la santé qui existent et celle qu'a établie l'OMS – l'Organisation mondiale de la santé – ils disent que la santé, c'est un état de complet bien-être physique, mental, social et que c'est pas forcément le fait de pas avoir de maladie ou d'infirmité. Du coup, je voulais savoir qu'est-ce que vous, vous pensiez de cette définition ?

P8 – Pour moi, la santé, c'est peut-être aussi, je sais pas... est-ce que ça c'est défini réellement ? Est-ce que la santé est la cause de choses... Par exemple, on parle de cancer et on dit, c'est des choses qu'on a accumulé, accumulé, accumulé, qui n'ont pas été dites et qui font que. Moi, ça me paraît un peu... un peu... Y a la pollution, l'environnement qui joue, le milieu social, et puis y a... la pollution à Paris, y a de plus en plus de cancers. Y a la génétique. Ma mère est morte d'un cancer de l'utérus. Mes grands-parents, je sais pas. Mon grand-père, il est mort à 92 ans, je crois de l'Alzheimer, mais à cet âge-là, bon. Ma grand-mère maternelle, je sais pas de quoi elle est décédée. On est d'origine corse, les gens vous savez... Et puis du côté paternel, beh mon père biologique, je l'ai vaguement connu ; donc je peux pas... Il avait l'air en bonne santé. Je le connaissais de vue quoi (*rires*). J'ai été adoptée par mon pater.

MB – Donc pour vous, cette définition elle est correcte ou vous rajouteriez des choses ? Vous diriez qu'il y a l'environnement, c'est ça, aussi ?

P8 – Oui, moi je pense y a le cadre social, y a le fait qu'il y a des gens qui boivent, donc ça incite plus tard à la maladie. Le cadre de vie, ça dépend de la manière dont vous vivez. Y a des gens qui vivent à 100 à l'heure. J'ai la voisine en bas, au-dessous de moi, elle a 82 ans. Elle est

maigre comme un coucou, elle mange presque rien et elle trotte... Moi qui suis jalouse de rien, je suis jalouse d'elle (*rires*). Moi qui marche à petits pas, comme une petite vieille et elle, elle trotte. L'autre jour, elle avait... d'ailleurs, elle a vu le docteur C, elle avait mal à la gorge et elle est sortie quand même. J'ai dit « mais c'est pas la sagesse ça. Vous sortez ? ». Elle se supporte pas chez elle, parce qu'elle est veuve depuis peu. Elle se supporte plus dans son...

MB – Dans son environnement ?

P8 – Oui, dans son environnement. Mais elle a toujours été comme ça. Moi je l'ai connue avant que son mari ne décède. Elle trotte déjà. Elle a travaillé jusqu'à tard dans la vie, au moins 65 ans.

Donc moi je crois que c'est un tout. On peut pas définir. On peut pas donner de définition exacte. Rappelez-moi. Vous m'avez dit ?

MB – C'est un état complet de bien-être physique, mental et social et ça consiste pas seulement, en l'absence de maladie ou d'infirmité.

P8 – Oui, je... La santé mentale, c'est vrai que... voyez, moi j'étais bien dans ma peau, ça a pas empêché que j'aie... donc je pourrais parler de l'environnement. Maintenant, si j'avais mené une vie de débauche et que j'aie une cirrhose à 50 ans, ça relevait plus de mon mode de vie, plutôt que...

Un état mental, bon ben, l'état mental, c'est vrai que ça peut déclencher d'autres phénomènes mais pas forcément... Moi je crois que c'est un tout, et on peut pas l'attribuer à tel ou tel. Moi je l'attribuerais pas à tel ou tel. C'est vrai que le cadre social, si vous êtes bien nourri, bien machin, vous avez plus de chances de vivre plus longtemps, que si vous êtes sous-alimenté, etc., etc. Voyez ? C'est un cadre de vie social, c'est un cadre de vie mental. Voilà, je crois que c'est tous ces trucs-là mais on peut prendre point par point ou généraliser. Voyez ce que je veux dire ? Y a des gens qui ont tout cela en même temps, qui ont à la fois malnutrition, machin, donc... pauvreté, donc pas l'idée de faire ceci ou cela, parce que restreint pour plein de choses, ce qui fait qu'à 45 ans, ils en paraissent 60 ou 70. Voyez ?

MB - Est-ce que vous diriez que vous êtes en bonne santé ou pas ?

P8 – Moi je dirais... ah ben non, je peux pas dire que je suis en bonne santé. Je suis en bonne santé mentale. C'est-à-dire que je vis au jour le jour, j'essaie de me reposer quand j'ai envie de me reposer. Je tiens pas compte de l'heure qu'il est. Si j'ai sommeil à 11 heures du matin, je me couche à 11 heures du matin, pour une heure, une demi-heure et hop, je repars. L'après-midi je fais la sieste et hop, je repars. Donc je pense que ma santé mentale est bonne, que je prends les choses du bon côté. J'ai pas de conflits sociaux avec mes voisins, ni avec mes amis, voilà. J'ai pas de conflits, j'aime pas d'ailleurs, donc je fais tout pour, sans pour autant me renier. Donc je pense que ma santé mentale est intacte quoi (rire), même si on a tous un petit grain de folie de temps en temps, mais il le faut, sinon ça serait trop triste.

MB – Et la santé physique du coup et sociale ?

P8 – Ah ben, socialement, ça va bien, dans la mesure où je ne manque de rien. J'ai des amis. Sur le plan social, c'est-à-dire, je suis bien logée, je suis bien nourrie, j'ai des amis. Ça, on peut

le mettre dans le plan social, ça correspond à quelque chose de bien. J'ai de bonnes relations avec le voisinage (*rires*). Donc de ce point-là, je suis bien.

Moi je trouve que j'ai la chance d'être Française. Non pas cocorico, mais de pouvoir bénéficier de soins médicaux auxquels j'éprouve un grand respect. J'ai toujours éprouvé du respect. Mais là, avec tout ce que j'ai eu, bravo, chapeau !

Quand on parle dans les journaux de truc, machin, je dis, c'est pas eux qu'il faudrait mettre en héros, ce sont les chirurgiens, les infirmières, les médecins qui sont vraiment... qui ne comptent pas leurs heures et qui sont mal payés. Et quand vous voyez un footballeur... alors là, je râle ! Ça fait du bien de râler un peu (*rires*). Qui se gagnent des sommes faramineuses, pour trois fois... Bon, même si ça réjouit le cœur de certains pendant un certain temps, qu'ils aient le bonheur temporaire, le temps d'un match mais je trouve... Moi je dis aux gens, moi je suis heureuse d'être Française, pour ces raisons-là. Et puis on a la liberté de penser, la liberté de... voyez ?

Donc, sans être tout à fait cocorico, mais je suis née dans un bon pays. Voilà, j'ai eu la chance de naître dans un bon pays, jusqu'à présent (rire). Ça empêche pas que je critique certains trucs, que je suis pas d'accord avec telle ou telle chose mais fondamentalement, j'ai un bon karma.

MB – Et par rapport à votre santé physique, vous diriez que vous êtes plutôt en mauvaise santé dans ces cas-là ?

P8 – Non. Ça empêche pas que... Ma santé physique est une chose, ma santé mentale, je dirais presque, en est une autre. Elles se combinent toutes les deux.

MB – Mais dans la globalité, vous diriez plutôt que c'est... plutôt que vous êtes en bonne ou en mauvaise santé ? Si vous prenez tout au global ?

P8 – Écoutez, globalement, je suis en bonne santé, étant donné que j'ai les moyens de me faire soigner, que je peux encore marcher, que je suis pas grabataire (*rires*). Donc, ma santé laisse à désirer, mais elle n'est pas, comment dirais-je ? C'est quoi pour vous la notion de bonne ou de mauvaise santé ?

MB – Ah ben justement, ça c'est mon travail. C'est ce que j'essaie un petit peu de définir, c'est pour ça que c'est intéressant ce que vous dites.

P8 – Ça vous éclaire ce que je vous dis ?

MB – Oui, c'est intéressant, parce que malgré que vous ayez, sur le papier des maladies, si vous vous considérez en bonne santé, c'est intéressant de comprendre pourquoi.

P8 – Ben pourquoi ? Parce que justement, je relativise les choses. Parce que j'arrive à dire, je vis au jour le jour. Ça c'est clair et net. Donc, aujourd'hui je suis bien par exemple. Bon, j'ai un peu ma fesse qui me fait mal, mais je suis bien. Demain par exemple, je vais faire un peu de ménage chez moi. Ben, je profite du jour où je suis bien, pour faire un peu plus de ménage, sachant que demain je serai peut-être moins bien, j'aurai la flemme, et je ferai rien du tout et je culpabiliserai pas pour autant.

Voyez, y a ça aussi, cette notion de, je profite de chaque instant qui est bien, ou qui est moins bien. Donc, en fonction de, je fais en fonction de l'état de santé, ce que mon corps me permet ou ne permet pas. Aujourd'hui, il me permet de faire ci. S'il y a une pièce de monnaie qui tombe, c'est vous qui la ramasserez et qui la garderez, moi je peux pas. Par exemple, et je dis tant pis pour moi.

Curieusement, depuis que je peux plus me baisser, je laisse tomber des tas de trucs. Alors, j'ai un attrape-tout. Qu'est-ce que j'ai fait ? J'ai vu mon manque pour mon chien, ça c'est l'anecdote. J'ai dit « je peux plus me baisser pour ramasser les crottes de chien » et j'ai pensé « mais au fait, il doit bien exister un truc pour... et le jour même, dans la boîte aux lettres, y avait un catalogue où y avait une espèce d'attrape-tout. Je l'ai commandé et avec un papier, j'appuie dessus et je me baisse plus.

En plus, j'ai créé... dans ma tête un matin je me réveille en disant « ah ben oui mais bientôt je pourrai plus... ». Quelque part ça m'inquiétait. Je dis mais il doit bien exister un truc, un machin et curieusement, le jour même, j'ai ce catalogue. Donc j'ai mon catalogue. Les gens ils croient que j'ai une arme parce que je la met sous le bras (*rires*).

Comme je sors à 4h et demi du matin, pour le sortir, puisque je suis insomniaque. Alors j'en ai ras le bol de tourner, donc je me lève et on sort tous les deux. Alors j'ai ça. Y en a qui m'ont dit « c'est une arme ? », j'ai dit « oui » !

MB – Vous, quand vous allez voir votre médecin généraliste, de façon générale, qu'est-ce que vous attendez concernant votre santé ?

P8 – Il me connaît depuis 30 ans alors, à la limite, j'ai même pas besoin... il sait... il sait. On a établi un lien, c'est plus le médecin et le patient, de voisinage. C'est le médecin, d'accord, je lui fais confiance, donc voilà. C'est un échange. C'est un échange et il comprend maintenant et je suppose... En tant que médecin, quand vous avez devant vous un patient que vous connaissez ni d'Ève, ni d'Adam, ça peut pas être très facile et puis y a des gens qui s'expriment difficilement, y a des gens, ça leur vient pas à l'esprit ou... voyez ce que je veux dire ? Alors que quelqu'un que vous connaissez depuis 30 ans, vous connaissez son curriculum vitae de santé. Donc d'emblée, vous allez à l'essentiel, ce qui n'empêche pas une relation courtoise, voire amicale. Donc on se connaît ; il connaît mes points forts, mes points faibles. Voilà, donc c'est une relation de confiance que j'ai avec le docteur C, notamment je vous dis, parce qu'on se connaît depuis...

Et puis l'autre fois je lui ai dit (*rires*)... parce que maintenant, il prend des remplaçants de temps en temps. Je lui ai dit « non, non, non, je veux pas de remplaçant, c'est vous ». Sauf s'il y avait une urgence. Dans la mesure où ça peut attendre, je préfère voir le docteur parce que, re-expliquer une nouvelle fois à quelqu'un, *nanani*... ça me gonfle.

MB – Quand vous y allez, vous vous attendez, comme vous vous connaissez depuis 30 ans, qu'il y ait une sorte de relation privilégiée ?

P8 – Voilà, donc il me dit « qu'est-ce qui vous amène aujourd'hui ? ». Voyez ? Je suppose que quelqu'un qu'il connaîtra pas, il lui dira pas pareil.

MB – Il va adapter son discours, bien sûr.

P8 – Voilà. Bien sûr, c'est normal. Et puis d'emblée, il saura... Étant donné qu'il a sous les yeux tout mon passé médical, il va aller peut-être plus vite à l'essentiel et savoir de quoi il retourne. Donc son diagnostic sera plus... Par exemple – vous lui dites pas – quand j'ai eu mal à la gorge, il me dit « c'est votre reflux gastrique ». J'avais quand même... et que d'un seul côté en plus. Deux mois ça m'a duré. Je commençais à me poser des questions et puis je me suis dit « tu lui fais confiance ? S'il te dit que c'est ça, c'est ça », et puis c'est vrai que ça a passé au bout de 2 mois mais c'était long. Donc si j'avais eu un autre médecin que je connaissais pas, je serais allée voir ailleurs, voyez ?

Vous voyez la différence ? Je me suis posé la question « quand même, il me dit que c'est ça mais est-ce que c'est ça ? » et puis après j'ai dit « s'il t'a dit ça, c'est que c'est ça... (*rires*) ».

MB – Du coup, il vous a mis un médicament en plus pour le reflux ?

P8 – Oui, il m'a donné un truc... ça y est, je le prends pratiquement tous les soirs, parce que pour les reflux, pour ceci, pour cela, pour l'insomnie.

MB – En pratique, vous avez pas mal de médicaments en fait ?

P8 – J'ai une dizaine de médicaments, dix à peu près.

MB – Et vous faites un pilulier du coup ?

P8 – Oui, ah ben oui, j'ai un pilulier. Comme j'ai le pschit, de temps en temps, je suis très étourdie, donc si j'avais pas le pilulier, je me mélangerais les pinceaux.

MB – Quand vous venez le voir, quand la consultation est finie et que vous rentrez chez vous, est-ce que vous avez l'impression que vous êtes en meilleure santé ?

P8 – Non, non, non. Non, il m'a donné ce qu'il fallait, donc j'attends. Ah non, je me pose même pas la question, sauf cette fois-ci, c'est rarissime, mais sinon, il m'a dit ça, ok d'accord. Tout comme quand l'oncologue m'a dit « c'est ça », bon ben ok, d'accord. Y a pas de problème, je fais ce qu'il y a à faire, et je pense à autre chose. Je pense à autre chose, c'est-à-dire que je lis, j'aime beaucoup lire. Je fais du scrabble. C'est vrai qu'à la télé, hier c'était Johnny à toutes les sauces, sur toutes les chaînes, c'était... Ce pauvre Johnny, je l'aimais bien mais quand même ! Enfin bon bref.

MB – Vous êtes pas sortie de l'auberge hein ! À mon avis aujourd'hui, demain, après-demain.

P8 – Une semaine je crois. Enfin, bon bref. J'éteindrai la télé, et puis c'est tout ou j'écouterai la radio. Sur la radio, y a plus de... voilà. Hier j'ai essayé la 1, la 2, la 3, la 6. Y avait que la 7 qui avait un truc mais qui me convenait pas. Et finalement, sur la TNT, j'ai vu un truc que j'ai pris au hasard comme ça, et je me suis laissée porter. J'avais pas sommeil... dans tous les sens (*rires*). Ils auraient dû mourir 100 fois...

MB – Ah mais dans les films, ils meurent jamais !

Vous m'avez un peu dit mais vous pensez que vos conditions de vie elles sont plutôt bonnes vous m'avez dit ?

P8 – Ah ben oui. Que désire le peuple ? J'ai de quoi manger. Je dors bien. Enfin... je dors bien, j'ai un bon lit (*rires*) serait plus exact. J'ai des relations avec ma frangine qui sont correctes. J'ai des amis. J'ai eu la chance, je... je... comment dirais-je ?

Je vais vous dire quelque chose qui va peut-être vous choquer, mais ça fait rien. Je suis heureuse de pas avoir d'enfant, vu l'avenir qui se profile à l'horizon. Quand j'avais 20 ans, y avait la guerre d'Algérie et j'ai dit « les hommes n'ont rien compris », parce que je suis née en 39 quand même. Toute ma jeunesse, j'ai entendu parler de la guerre, des Allemands, des machins et à 20 ans, c'était l'Algérie.

Bien qu'aimant les hommes... enfin, certains en particulier, j'ai dit « ils méritent pas qu'on leur donne une descendance ». Donc, forte de cette idée, qui peut vous choquer, eh ben, je suis contente d'avoir pensé cela.

Mais ceci dit, comme j'ai toujours eu des enfants avec moi, une fois encore, égoïstement, voilà. Mais je me suis occupée des enfants. Voyez, ça veut dire que bon, les hommes, j'aime des hommes en particulier, parce que y en a qui sont super, qui sont géniaux et puis hélas, ils se laissent entraîner souvent, par une minorité qui veut imposer sa loi à une majorité qui serait tranquille.

Vous avez vu la dernière là, avec ce CON de Trump là ? Et l'intifada commence hein. Voilà. Il est fou ce mec ! Entre lui et King Kong... je l'appelle King Kong, celui de la Corée du Nord là. Je l'appelle King Kong.

MB – C'est sûr qu'on n'est pas gâté.

Qu'est-ce que vous pensez de l'influence de vos conditions de vie sur votre état de santé ?

P8 – Ben, étant donné qu'elles ont toujours été bonnes, je vois pas la relation entre... voyez ce que je veux dire ? Non, moi je mets ça sur le compte de la pollution, de la génétique, puisque ma mère avait... voyez ce que je veux dire ?

MB – Mais de façon générale, pour vous ou même pour d'autres, est-ce que vous pensez que les conditions de vie elles influent sur la santé ?

P8 – Oui, on en a parlé tout à l'heure. C'est tout un état. Ça dépend du train de vie que vous avez, ça dépend de votre nourriture, ça dépend de l'alimentation, des excès de boissons ou modération. Donc je suppose que si j'avais bu, si j'étais alcool, mon cancer aurait été autre et j'aurais peut-être pas survécu. Si j'avais pas eu au départ un corps sain, peut-être que j'aurais réagi beaucoup plus mal à ce qui est arrivé par la suite.

Mais il y a de plus en plus de cancers. Vous pouvez poser la question, pourquoi plus de cancers ? Je crois qu'il n'y a pas de réponse, mis à part ce qu'on vient de dire. Pour les gens qui travaillent, c'est le stress, les conditions de travail, vous voyez, y a tout un tas... moi je peux pas dire ça.

Y a une multitude de facteurs qui font que. Ou bien, je vous dis, c'est génétique. À partir d'un certain âge... ma mère, elle est morte à 58 ans, elle avait déjà le cancer. Moi, j'ai quand même attendu 70 ans, avant de l'avoir.

MB – Et quand on vous a dit que le cancer il revenait ?

P8 – Déjà, dès le départ, on m'a dit que c'était, comment dirais-je, chronique.

MB- On vous a dit qu'on allait essayer de le stabiliser mais que jamais il n'y aurait de guérison.

P8 – Oui et puis, je pose pas vraiment de questions.

MB – Mais quand là, on vous a dit qu'il fallait refaire de la chimio, vous vous êtes pas...

P8 – Non, non, j'ai dit ok, d'accord. Comme ça c'était bien passé la première fois, je pensais que ça se passerait aussi bien la seconde, ce qui n'était pas totalement vrai mais enfin bon... Donc le médecin, l'oncologue, au tout début j'ai dit « à quel stade... ». Elle était branchée sur son truc, elle m'a dit « 3 ». Et puis y a eu ces reprises. Je l'ai surprise en train... je l'ai surprise dans son truc. Donc stade 3, stade 4 c'est létal. Bon ben j'ai dit ok, d'accord, stade 3, ok. Et j'ai dit « à partir de ce moment-là, je vis au jour le jour ». Donc je fais ce qu'il y a à faire, mais je me prends pas la tête.

MB – Parce que ça a changé votre vision des choses, dans le sens où avant, vous viviez pas au jour le jour ?

P8 – Ben, non, c'est-à-dire qu'on n'a pas la même notion de choses, on n'a pas le même recul. Par exemple, si j'avais pas passé l'aspirateur, je disais « ohlala, j'ai pas passé l'aspirateur ». Là ? Mais je m'en fous, je le passe pas, eh ben je le passerai demain, ou après-demain.

MB – Vos conditions de vie, vous en parlez à votre médecin ou pour vous, ça n'a rien à voir ?

P8 – Je vais pas l'embêter. Il a tellement de... de... de patients, que je vais à l'essentiel avec lui.

MB – Vous en parlez jamais ?

P8 – Ben écoutez, non. J'en vois pas l'utilité. Et puis surtout, je vous dis et vous répète, déjà il prend une demi-heure pour chaque patient, ce qui est quand même très bien. Y a des médecins qui vous prennent 10 minutes, un quart d'heure et puis bon. Lui, il a le temps de... il prend tout en notes, etc., etc., je vais pas encore l'embêter avec des trucs... Bon, si un jour j'ai un truc à lui dire, bon ben, je lui dirai vite fait, bien fait mais je veux dire, non...

MB – Si vos conditions de vie elles changent, vous en parlerez mais rapidement ?

P8 – Voilà, c'est ça. Non, les confidences, c'est pas... mis à part... c'est exceptionnel mais en général... Parce qu'un jour je lui ai dit « je sais qu'en tant que médecin, vous êtes tenu au secret professionnel ». Parce que, si vous le dites à une amie, vous connaissez le topo ? « Surtout, tu le dis pas » « Tu sais, E. elle m'a dit de pas le dire » et ça fait... hein !

MB – Le tour du cercle.

P8 – Donc, ça m'est arrivé quand j'étais toute jeune et ça m'a servi de leçon. Donc j'ai confié un petit secret de jeune fille, machin et j'ai dit « surtout tu le dis pas » et au bout d'une heure, tout le monde le savait. J'ai dit, ok, d'accord, je dis plus rien. Donc, je n'ai plus rien dit à

personne, parce que... et en plus ça m'arrange. L'origine corse, c'est l'omerta « ne dis plus rien ». Donc y a aussi cette espèce de... de... d'éducation au départ qui dit « tu dis pas ». Ça va ?

MS – J'ai juste une petite feuille à vous faire remplir mais si vous voulez, je peux vous la remplir. Vous m'avez quasiment répondu déjà à tout ce qu'il y a dans la feuille, mais c'est plus facile pour moi après.

P8 – Bon, ça vous a ouvert pour votre thèse ? C'était positif ?

MB- Oui, oui, oui.

P8 – J'ai vu que vous étiez fatiguée.

MB- Alors que pourtant, je n'ai pas travaillé aujourd'hui vous voyez. Comme quoi !

P8 – Ah ben c'est bien, c'est bien.

MB – Et vous voyez pourtant...

P8 – Mais ça empêche pas. Ces heures que vous avez eues, vous verrez, cette nuit vous dormirez encore mieux. Vous travaillez beaucoup ?

MB – Pas tant que ça ! Avant je travaillais beaucoup et comme là c'est le début, j'essaie de me libérer des jours, pour justement avancer mes entretiens.

P8 – Et puis vous stressez un peu aussi.

MB – Ah ben oui, évidemment, évidemment. Je vais me mettre à la méditation !

P8 – Ben, n'importe quoi, du yoga, du machin. Je vous ai parlé de ce que je fais mais si vous voulez, je vous donne la phrase, vous la notez et puis vous le faites ou vous le faites pas, c'est votre problème.

MB- Je vous raconte tout. Demain matin, je me suis inscrite à un cours justement.

P8 – De yoga ? Ah ben voilà. Ça va vous déstresser, c'est bien ça. Ah oui, pour vous, les médecins, il faut que vous décompressiez, parce que je suppose qu'il y a une forte pression, au niveau du travail, au niveau de la responsabilité.

Si vous êtes décontractée, vous verrez les choses sous un autre angle. Et puis quand même, étudiez le bouddhisme, non pas comme... pour votre...

MB – Culture personnelle.

P8 – Pour votre culture personnelle et ça va vous ouvrir des voies. Hein... essayez.

MB – J'essaierai, je penserai à vous. C'est d'ailleurs ce que je me suis dit.

P8 – Parce que c’est plus une philosophie qu’une religion. On dit religion, parce que... mais c’est surtout une philosophie de vie hein.

MB – Oui, c’est ça.

P8 – Les scientifiques se penchent de plus en plus sur le fait de ces fameuses récitation en mantra, qui ont un impact sur le cerveau. Vous en avez entendu parler je suppose ?

MB – Et puis même, le fait de méditer fait que, on peut faire certaines choses que normalement, l’organisme ne peut pas...

P8 – Voilà, voilà.

MB – Est-ce que vous pouvez me dire dans quelle ville vous êtes née ?

P8 – À M. dans le 84.

MB – Le code postal de résidence, on est dans le 19^e... Vous avez l’assurance maladie obligatoire : oui... Est-ce que vous avez une mutuelle privée ?

P8 – Non, j’ai la MGEN qui faisait partie de l’Éducation nationale.

MB - Vous êtes en ALD... Actuellement vous êtes retraitée... Au niveau des études, vous vous êtes arrêtée à quel niveau ?

P8 – Oh, le certificat d’études. Ben, à l’époque, ça correspondait... on faisait plus de fautes hein. À 13 ans, on faisait plus de fautes. C’est une catastrophe quand je lis les trucs. Ma sœur elle me dit des fois, sur internet « viens voir ». Des fois, on comprend même pas ce qui se dit, tellement y a des...

MB – Quand on vous donne des ordonnances en général, est-ce que vous avez besoin de quelqu’un pour vous expliquer ou vous comprenez très bien ?

P8 – J’ai ma sœur qui est infirmière. La seule chose que je pourrais faire, ils écrivent tellement mal les médecins, qu’il faut quelqu’un qui décrypte. Ma sœur des fois je lui dis « ça veut dire quoi ça ? » « tout simplement ça. C’est parce que la personne a mal écrit ». En dehors de ça sinon, y a les pharmaciens qui peuvent pallier ce genre de... (*rires*).

MB – J’essaie d’écrire bien, parce que je trouve que c’est important pour le patient, et même pour le pharmacien.

P8 – Non, moi je le mets... étant donné que j’ai une tête de linotte, je fais la photocopie de l’ordonnance et je la colle sur les.....

MB – Vous avez raison. En ce qui concerne la situation financière de votre foyer, est-ce que vous diriez que vous n'avez pas de problèmes particuliers ? Que c'est juste et il faut faire attention ? Que vous avez du mal à y arriver ? Ou que c'est très difficile ?

P8 – Disons que, étant donné qu'on est deux et qu'on n'a pas de besoins extraordinaires, c'est correct.

MB – C'est juste et il faut faire attention ?

P8 – Oui.

MB – Quelle fréquence vous consultez votre médecin généraliste ?

P8 – Ah ben, chaque fois que j'en ai besoin (*rires*).

MB – À peu près c'est tous les 3 mois ? Tous les 6 mois ?

P8 – Ah ben, là actuellement, il m'a vue, je sais pas, je peux pas dire, tous les 2 mois, tous les 3 mois.

MB – Et votre famille, elle vient d'où en Corse ?

P8 – Ma mère, elle venait du nord de la Corse et mon père... enfin, mon père biologique, il était du Midi.

MB – Parce que ma mère elle est Corse aussi. Mon grand-père il était Corse.

P8 – De quel côté ?

MB – Pas très loin de Bastia.

P8 – C'est à 40 kilomètres de la plage, au sud de Bastia. S, c'est le village ancestral et M. plage, voilà. C'est là où réside la plupart de ma famille. Ils se sont un petit peu dispersés. C'est la diaspora corse (*rires*). Nous, c'est la famille M, la famille maternelle, c'étaient les M et les M aussi.

MB – Nous c'est L.
Merci !

7) Formulaire d'information et déclaration de non-opposition

Document d'information destiné aux patients de l'étude

Entretien N°

Mademoiselle, Madame, Monsieur,

Votre médecin vous a proposé de participer à cet entretien dans le cadre de la réalisation de ma thèse d'exercice de médecine générale.

Sachez que vous pouvez vous opposer à tout moment au recueil et à l'enregistrement de vos données médicales dans cette base de données sans conséquences sur la qualité des soins qui vous seront fournis. Quelle que soit votre décision, cela ne modifiera en rien le suivi médical par votre médecin.

Conformément à la loi Informatique et des Libertés (Loi de 1978 n°78-17, modifiée en 2004 - articles 53 et suivants), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification sur les données vous concernant ;

Nous vous proposons de lire attentivement cette notice d'information qui a pour but de répondre aux questions que vous seriez susceptibles de vous poser. Vous pouvez, à tout moment, vous adresser à votre médecin pour lui poser toutes questions complémentaires.

But de l'étude : étudier le lien entre la santé et les conditions de vie.

Direction : Dr J-S. Cadwallader, Département d'Enseignement et de Recherche en Médecine Générale Université Pierre et Marie Curie.

Investigateur principal : M. Brice, étudiante au département de médecine générale Université Pierre et Marie Curie.

Engagement du participant : accepter d'être interrogé lors d'un entretien enregistré par l'investigateur principal, pour répondre à des questions en rapport avec la santé.

Engagement de l'investigateur : ces informations sont utilisées de manière anonyme afin d'assurer leur confidentialité et de respecter le secret médical. Tous les entretiens seront supprimés une fois retranscrits (une semaine de travail) – puis les entretiens seront définitivement effacés une fois l'analyse terminée, d'ici 6 mois.

☐ **J'ai bien pris connaissance des modalités de réalisation de cette étude et je ne m'oppose pas à la publication des résultats anonymisés issus de leur exploitation dans des revues scientifiques.**

Fait à, le.....

8) Autorisations éthiques

Comité de Protection des Personnes Ile de France IV

Institutional Review Board
Agreement of US
Department of Health and
Human Services
N°IRB 00003835

Hôpital Saint-Louis
Porte 5 du carré Historique
1 avenue Claude Vellefaux
75475 Paris Cedex 10

**Responsable
administrative**
Mme I. SCAGLIA
Tél. : 01.42.38.92.88
Fax : 01.42.38.92.98
cpp.iledefrance4@orange.fr

Président
Dr Shahnaz KLOUCHE
Vice-président
M. Marc BORAND
Secrétaire générale
Mme B. LEHMANN
Trésorier
Pr O. CHASSANY
Trésorière Adjointe
Mme C. MASCRET

Membres du Comité
Collège I
Médecins et chercheurs
E. CAROSELLA
O. CHASSANY
M.-H. DIZIER
D. DREYFUSS
J. FRIJA
J. FRIJA-MASSON
S. KLOUCHE
M. MINKOWSKI
B. PAPP

Pharmacien hospitalier
B. LEHMANN
Infirmière
C. DELETOILLE-LANDRE
M. DJOUADOU

Collège II
Questions éthiques
A. NICOLAS-ROBIN
Psychologue
A.S VAN DOREN
Travailleur social
M. BORAND
Compétence juridique
C. MASCRET
P. A. DUMAS
A. MARAIS
**Associations de malades et
d'usagers**
M. BERNARD-HARLAUT
M. TROUGOUBOFF

Paris, le 10 avril 2018

Mme Mathilde BRICE

Réf. du CPP : 2018/22	Réf. du Promoteur :
ID-RCB: 2018-A00664-51	N° EudraCT :
Promoteur : Dr CADWALLADER	Investigateur : Dr BRICE

Le Comité a bien reçu votre courrier concernant le projet de recherche intitulé :
« Les perceptions de la santé chez les patients consultant en médecine générale. »

Le Comité a examiné les informations relatives à ce projet lors de la séance du 29 mars 2018 et a émis une demande motivée d'informations complémentaires

Membres présents : Dr S. Klouche (I), Mme M. Bernard (II), Mme B. Lehmann (I), Mme M. Djouadou (I), Mme A.S Van Doren (II), Pr O. Chassany (I), M B. Papp (I), Mme C. Deletoille (I), Pr D. Dreyfuss (I), Mme M Trougouboff (II).

**Les informations complémentaires ayant été fournies le Comité émet un
avis favorable en date du 10 avril 2018**

Dr Shahnaz KLOUCHE
Présidente

- Courrier de demande d'avis du 06/04/2018
- Formulaire de demande d'avis du 01/03/2018
- Protocole version 2 du 06/04/2018
- Résumé version 2 du 06/04/2018
- Document d'information et déclaration de non-opposition version 2 du 06/04/2018
- Guide d'entretien semi-dirigé version 2 du 06/04/2018
- Questionnaire pour chaque patient version 2 du 06/04/2018
- Bordereau d'enregistrement RCB du 28/02/2018
- Liste des investigateurs version 2 du 06/04/2018+ CV
- Données nominatives recueillis version 2 du 06/04/2018
- Votre courrier de réponse du 06/04/2018

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.