

ANNEE 2022

THÈSE

N°

PRÉSENTÉE POUR LE DIPLOME
DE DOCTEUR EN MEDECINE
Diplôme d'État

SPÉCIALITÉ : MÉDECINE GÉNÉRALE

PAR

LUC ANDRIAMIHAJA

NÉ LE 15 AVRIL 1994 à CLAMART

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE
20 OCTOBRE 2022

**Vécu de l'évolution de la relation médecin-patient au cours du temps : enquête auprès
de patients de médecine générale**

DIRECTRICE DE THÈSE : Madame la docteure Sophie DUVERNE

PRESIDENT DU JURY : Monsieur le Professeur Philippe CORNET

MEMBRES DU JURY : Monsieur le docteur Philippe ASTIER

Madame la docteure Magali FERRY

Monsieur le docteur Vincent MIRAMONT

Liste des PU-PH de la faculté de médecine Sorbonne Université, octobre 2021

| Nom | Prénom | Hôpital | Discipline |
|--------------------|---------------|-------------------|---|
| ACAR | CHRISTOPHE | Pitié-Salpêtrière | Chirurgie thoracique et cardio vasculaire |
| AIT OUFELLA | HAFID | Saint Antoine | Médecine intensive-réanimation |
| ALAMOWITCH | SONIA | Saint Antoine | Neurologie |
| ALLENBACH | YVES | Pitié-Salpêtrière | Médecine interne . Gériatrie |
| AMARENCO | GERARD | Tenon | Médecine Physique et Réadaptation |
| AMOURA | ZAHIR | Pitié-Salpêtrière | Médecine interne . Gériatrie |
| AMSELEM | SERGE | Armand Trousseau | Génétique |
| ANDRE | THIERRY | Saint Antoine | Cancérologie ; Radiothérapie |
| ANDREELLI | FABRIZIO | Pitié-Salpêtrière | Endocrinologie |
| APARTIS | EMMANUELLE | Saint Antoine | Physiologie |
| ARNULF | ISABELLE | Pitié-Salpêtrière | Neurologie |
| ARRIVE | LIONEL | Saint Antoine | Radiologie et imagerie médicale |
| ASSOUAD | JALAL | Tenon | Chirurgie thoracique et cardio vasculaire |
| ASTAGNEAU | PASCAL | Pitié-Salpêtrière | Epidémiologie |
| ATLAN | MICHAEL | Tenon | Chirurgie plastique reconstructrice |
| AUBART COHEN | FLEUR | Pitié-Salpêtrière | Médecine interne . Gériatrie |
| AUBRY | ALEXANDRA | Pitié-Salpêtrière | Bactériologie - Virologie - Hygiène |
| AUCOUTURIER | PIERRE | Saint Antoine | Immunologie |
| AUDO | ISABELLE | 15/20 | Ophtalmologie |
| AUDRY | GEORGES | Armand Trousseau | Chirurgie infantile |
| BACHELOT | ANNE | Pitié-Salpêtrière | Endocrinologie |
| BACHET | JEAN BAPTISTE | Pitié-Salpêtrière | Gastro entérologie ; Hépatologie |
| BAGNIS | CORINNE | Pitié-Salpêtrière | Néphrologie |
| BALLADUR | PIERRE | Saint Antoine | Chirurgie viscérale et digestive |
| BARBAUD | ANNICK | Tenon | Dermatologie |
| BARROU | BENOIT | Pitié-Salpêtrière | Urologie |
| BAUJAT | BERTRAND | Tenon | ORL |
| BAZOT | MARC | Tenon | Radiologie et imagerie médicale |
| BEAUGERIE | LAURENT | Saint Antoine | Gastro entérologie ; Hépatologie |
| BELMIN | JOEL | Charles Foix | Médecine interne . Gériatrie |
| BENVENISTE | OLIVIER | Pitié-Salpêtrière | Médecine interne . Gériatrie |
| BERENBAUM | FRANCIS | Saint Antoine | Rhumatologie |
| BERTOLUS | CHLOE | Pitié-Salpêtrière | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |
| BIELLE | FRANCK | Saint Antoine | Anatomie pathologique |
| BILLETTE VILLEMEUR | THIERRY | Armand Trousseau | Pédiatrie |
| BLONDIAUX | ELEONORE | Tenon | Radiologie et imagerie médicale |
| BOCCARA | FRANCK | Saint Antoine | Cardiologie |
| BODAGHI | BAHRAM | Pitié-Salpêtrière | Ophtalmologie |
| BODDAERT | JACQUES | Pitié-Salpêtrière | Médecine interne . Gériatrie |
| BOELLE | PIERRE-YVES | Saint Antoine | Biostatistiques, Informatique médicale et |
| BOFFA | JEAN JACQUES | Tenon | Néphrologie |
| BONNET | MARIE-PIERRE | Armand Trousseau | Anesthésiologie-Réanimation et méd |
| BONNET | FRANCIS | Armand Trousseau | Anesthésiologie-Réanimation et méd |
| BORDERIE | VINCENT | 15/20 | Ophtalmologie |
| BOUHERAOUA | NACIM | Pitié-Salpêtrière | Ophtalmologie |
| BRICE | ALEXIS | Pitié-Salpêtrière | Génétique |
| BROCHERIOU-SPELLE | ISABELLE | Pitié-Salpêtrière | Anatomie pathologique |
| BRUCKERT | ERIC | Pitié-Salpêtrière | Endocrinologie |
| BUOB | DAVID | Tenon | Anatomie pathologique |
| CACOUB | PATRICE | Pitié-Salpêtrière | Médecine interne . Gériatrie |
| CADRANEL | JACQUES | Tenon | Pneumologie |
| CALVEZ | VINCENT | Pitié-Salpêtrière | Bactériologie - Virologie - Hygiène |
| CANLORBE | GEOFFROY | Pitié-Salpêtrière | Gynécologie obstétrique ; Gynéco médicale |
| CARBAJAL SANCHEZ | DIOMEDES | Armand Trousseau | Pédiatrie |
| CARPENTIER | ALEXANDRE | Pitié-Salpêtrière | Neurochirurgie |
| CARRAT | FABRICE | Saint Antoine | Biostatistiques, Informatique médicale et |

| | | | |
|-------------------|-----------------|-------------------|--|
| CARRIE | ALAIN | Pitié-Salpêtrière | Biochimie et biologie moléculaire |
| CATALA | MARTIN | Pitié-Salpêtrière | Histologie embryo et cytogénétique |
| CAUMES | ERIC | Pitié-Salpêtrière | Maladies infectieuses |
| CHABBERT BUFFET | NATHALIE | Tenon | Endocrinologie |
| CHAPPUY | HELENE | Armand Trousseau | Pédiatrie |
| CHARRON | PHILIPPE | Pitié-Salpêtrière | Génétique |
| CHARTIER-KASTLER | EMMANUEL | Pitié-Salpêtrière | Urologie |
| CHAZOILLERES | OLIVIER | Saint Antoine | Gastro entérologie ; Hépatologie |
| CHERIN | PATRICK | Pitié-Salpêtrière | Médecine interne . Gériatrie |
| CHICHE | LAURENT | Pitié-Salpêtrière | Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire |
| CHRISTIN-MAITRE | SOPHIE | Saint Antoine | Endocrinologie |
| CLARENCON | FREDERIC | Pitié-Salpêtrière | Radiologie et imagerie médicale |
| CLEMENT | KARINE | Pitié-Salpêtrière | Nutrition |
| CLUZEL | PHILIPPE | Pitié-Salpêtrière | Radiologie et imagerie médicale |
| COHEN | DAVID | Saint Antoine | Cancérologie ; Radiothérapie |
| COHEN | ELIE LAURENT | Saint Antoine | Cancérologie ; Radiothérapie |
| COHEN | ARON ARIEL | Saint Antoine | Cancérologie ; Radiothérapie |
| COLLET | JEAN-PHILIPPE | Pitié-Salpêtrière | Cardiologie |
| COMBES | ALAIN | Pitié-Salpêtrière | Médecine intensive-réanimation |
| COMPERAT | EVA | Tenon | Anatomie pathologique |
| CONSTANT | ISABELLE | Armand Trousseau | Anesthésiologie-Réanimation et méd |
| CONSTANTIN | JEAN-MICHEL | Pitié-Salpêtrière | Anesthésiologie-Réanimation et méd |
| CONTI MOLLO | FILOMENA | Pitié-Salpêtrière | Biologie cellulaire |
| COPPO | PAUL | Saint Antoine | Hématologie clinique |
| CORNU | PHILIPPE | Pitié-Salpêtrière | Neurochirurgie |
| CORVOL | JEAN CHRISTOPHE | Pitié-Salpêtrière | Neurologie |
| CORVOL | HENRIETTE | Pitié-Salpêtrière | Neurologie |
| COULOMB | AUORE | Armand Trousseau | Anatomie pathologique |
| CUSSENOT | OLIVIER | Tenon | Anatomie / Urologie |
| DARAI | EMILE | Tenon | Gynécologie obstétrique ; Gynéco médicale |
| DAVI | FREDERIC | Pitié-Salpêtrière | Hématologie biologique |
| DECHARTRES | AGNES | Pitié-Salpêtrière | Epidémiologie |
| DEGOS | VINCENT | Pitié-Salpêtrière | Anesthésiologie-Réanimation et méd |
| DELHOMMEAU | FRANCOIS | Saint Antoine | Hématologie biologique |
| DEMOULE | ALEXANDRE | Pitié-Salpêtrière | Médecine intensive-réanimation |
| DERAY | GILBERT | Pitié-Salpêtrière | Néphrologie |
| DOMMERGUES | MARC | Pitié-Salpêtrière | Gynécologie obstétrique ; Gynéco médicale |
| DORMONT | DIDIER | Pitié-Salpêtrière | Radiologie et imagerie médicale |
| DRAY | XAVIER | Saint Antoine | Gastro entérologie ; Hépatologie |
| DUBERN | BEATRICE | Armand Trousseau | Pédiatrie |
| DUCOU LE POINTE | HUBERT | Armand Trousseau | Radiologie et imagerie médicale |
| DUGUET | ALEXANDRE | Pitié-Salpêtrière | Pneumologie |
| DUPONT DUFRESNE | SOPHIE | Pitié-Salpêtrière | Anatomie / SSR |
| DURR | ALEXANDRA | Pitié-Salpêtrière | Génétique |
| DUSSAULE | JEAN-CLAUDE | Saint Antoine | Physiologie |
| DUVAL | ALEX | Saint Antoine | Biochimie et biologie moléculaire |
| ELALAMY | ISMAIL | Tenon | Hématologie immunologie |
| FAIN | OLIVIER | Saint Antoine | Médecine interne . Gériatrie |
| FARTOUKH | MURIEL | Tenon | Médecine intensive-réanimation / Pneumologie |
| FAUTREL | BRUNO | Pitié-Salpêtrière | Rhumatologie |
| FERRERI | FLORIAN | Saint Antoine | Psychiatrie adultes |
| FEVE | BRUNO | Saint Antoine | Endocrinologie |
| FITOUSSI | FRANK | Armand Trousseau | Chirurgie infantile |
| FLAMAND-ROZE | EMMANUEL | Pitié-Salpêtrière | Neurologie |
| FOIX L HELIAS | LAURENCE | Armand Trousseau | Pédiatrie |
| FONTAINE | BERTRAND | Pitié-Salpêtrière | Neurologie |
| FOSSaint Antoinel | PHILIPPE | Pitié-Salpêtrière | Psychiatrie adultes |
| FOURNIER | EMMANUEL | Pitié-Salpêtrière | Physiologie |
| FREUND | YONATHAN | Pitié-Salpêtrière | Médecine d'urgence |
| FUNCK BRENTANO | CHRISTIAN | Pitié-Salpêtrière | Pharmacologie clinique |
| GALANAUD | DAMIEN | Pitié-Salpêtrière | Radiologie et imagerie médicale |

| | | | |
|------------------|---------------|----------------------------------|--|
| GANDJBAKHCH | ESTELLE | Pitié-Salpêtrière | Cardiologie |
| GAUJOUX | SEBASTIEN | Pitié-Salpêtrière | Chirurgie viscérale et digestive |
| GEORGIN LAVIALLE | SOPHIE | Tenon | Médecine interne . Gériatrie |
| GIRARD | PIERRE-MARIE | Saint Antoine | Maladies infectieuses |
| GIRERD | XAVIER | Pitié-Salpêtrière | Thérapeutique / Endocrino |
| GLIGOROV | JOSEPH | Tenon | Cancérologie ; Radiothérapie |
| GONZALEZ | JESUS | Pitié-Salpêtrière | Pneumologie |
| GOROCHOV | GUY | Pitié-Salpêtrière | Immunologie |
| GOSSEC | LAURE | Pitié-Salpêtrière | Rhumatologie |
| GOUDOT | PATRICK | Pitié-Salpêtrière | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |
| GRABLI | DAVID | Pitié-Salpêtrière | Neurologie |
| GRIMPREL | EMMANUEL | Armand Trousseau | Pédiatrie |
| GUIDET | BERTRAND | Saint Antoine | Médecine intensive-réanimation |
| HAMMOUDI | NADJIB | Pitié-Salpêtrière | Cardiologie |
| HAROCHÉ | JULIEN | Pitié-Salpêtrière | Médecine interne . Gériatrie |
| HARTEMANN | AGNES | Pitié-Salpêtrière | Endocrinologie , Diabétologie |
| HATEM | STEPHANE | Pitié-Salpêtrière | Physiologie / Cardio |
| HAUSFATER | PIERRE | Pitié-Salpêtrière | Médecine d'urgence |
| HAYMANN | JEAN PHILIPPE | Tenon | Physiologie |
| HELFT | GERARD | Pitié-Salpêtrière | Cardiologie |
| HENNEQUIN | CHRISTOPHE | Saint Antoine | Parasitologie |
| HOANG-XUAN | KHE | Pitié-Salpêtrière | Neurologie |
| HOUSSET | CHANTAL | Saint Antoine | Biologie cellulaire |
| HUGUET | FLORENCE | Tenon | Cancérologie ; Radiothérapie |
| IBANEZ | GLADYS | Département de médecine générale | Médecine générale |
| ID BAIH | AHMED | Pitié-Salpêtrière | Neurologie |
| IRTAN | SABINE | Armand Trousseau | Chirurgie infantile |
| ISNARD | RICHARD | Pitié-Salpêtrière | Cardiologie |
| JOUANNIC | JEAN MARIE | Armand Trousseau | Gynécologie obstétrique ; Gynéco médicale |
| KALAMARIDES | MICHEL | Pitié-Salpêtrière | Neurochirurgie |
| KARACHI | CARINE | Pitié-Salpêtrière | Neurochirurgie |
| KAS | AURELIE | Pitié-Salpêtrière | Biophysique et médecine nucléaire |
| KATLAMA | CHRISTINE | Pitié-Salpêtrière | Maladies infectieuses |
| KAYEM | GILLES | Armand Trousseau | Gynécologie obstétrique ; Gynéco médicale |
| KHIAMI | FREDERIC | Pitié-Salpêtrière | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| KINUGAWA BOURRON | KIYOKA | Pitié-Salpêtrière | Médecine interne . Gériatrie |
| KLATZMANN | DAVID | Pitié-Salpêtrière | Immunologie |
| KOSKAS | FABIEN | Pitié-Salpêtrière | Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire |
| LACAVE | ROGER | Tenon | Histologie embryo et cytogénétique |
| LACOMBE | KARINE | Saint Antoine | Maladies infectieuses |
| LACORTE | JEAN-MARC | Pitié-Salpêtrière | Biophysique et médecine nucléaire |
| LAMAS | GEORGES | Pitié-Salpêtrière | ORL |
| LANDMAN-PARKER | JUDITH | Armand Trousseau | Pédiatrie |
| LAPILLONNE | HELENE | Armand Trousseau | Hématologie biologique |
| LAVENEZIANA | PIERANTONIO | Pitié-Salpêtrière | Physiologie |
| LAZENNEC | JEAN-YVES | Pitié-Salpêtrière | Anatomie/Chirurgie orthopédique |
| LAZIMI | GILLES | DMG | Médecine générale |
| LE FEUVRE | CLAUDE | Pitié-Salpêtrière | Cardiologie |
| LE GUERN | ERIC | Pitié-Salpêtrière | Génétique |
| LEENHARDT | LAURENCE | Pitié-Salpêtrière | Endocrinologie / médecine nucléaire |
| LEFEVRE | JEREMIE | Saint Antoine | Chirurgie viscérale et digestive |
| LEGER | PIERRE-LOUIS | Armand Trousseau | Pédiatrie |
| LEGRAND | OLLIVIER | Saint Antoine | Hématologie clinique |
| LEHERICY | STEPHANE | Pitié-Salpêtrière | Radiologie et imagerie médicale |
| LEMOINE | FRANCOIS | Pitié-Salpêtrière | Immunologie |
| LEPRINCE | PASCAL | Pitié-Salpêtrière | Chirurgie thoracique et cardio vasculaire |
| LETAVERNIER | EMMANUEL | Tenon | Physiologie |
| LEVERGER | GUY | Armand Trousseau | Pédiatrie |
| LEVY | RACHEL | Pitié-Salpêtrière | Neurologie |
| LEVY | RICHARD | Pitié-Salpêtrière | Neurologie |

| | | | |
|--------------------|-----------------|----------------------------------|---|
| LORENZO | ALAIN | Département de médecine générale | Médecine générale |
| LORROT | MATHIE | Armand Trousseau | Pédiatrie |
| LOTZ | JEAN PIERRE | Tenon | Cancérologie ; Radiothérapie |
| LUBETZKI | CATHERINE | Pitié-Salpêtrière | Neurologie |
| LUCIDARME | OLIVIER | Pitié-Salpêtrière | Radiologie et imagerie médicale |
| LUSSEY | CHARLOTTE | Pitié-Salpêtrière | Biophysique et médecine nucléaire |
| LUYT | CHARLES-EDOUARD | Pitié-Salpêtrière | Médecine intensive-réanimation |
| MAINGON | PHILIPPE | Pitié-Salpêtrière | Cancérologie ; Radiothérapie |
| MANESSE-CONSOLI | ANGELE | Pitié-Salpêtrière | Pédo psychiatrie |
| MARCELIN | ANNE GENEVIEVE | Pitié-Salpêtrière | Bactériologie - Virologie - Hygiène |
| MARTEAU | PHILIPPE | Tenon | Gastro entérologie ; Hépatologie |
| MAURY | ERIC | Saint Antoine | Médecine intensive-réanimation |
| MEKINIAN | ARSENE | Saint Antoine | Médecine interne . Gériatrie |
| MENEGAUX | FABRICE | Pitié-Salpêtrière | Chirurgie viscérale et digestive |
| MESNARD | LAURENT | Tenon | Néphrologie |
| MEYOHAS | MARIE-CAROLINE | Saint Antoine | Maladies infectieuses |
| MILLET | BRUNO | Pitié-Salpêtrière | Psychiatrie adultes |
| MOHTY | MOHAMAD | Saint Antoine | Hématologie clinique |
| MONSEL | ANTOINE | Pitié-Salpêtrière | Anesthésiologie-Réanimation et méd |
| MONTALESCOT | GILLES | Pitié-Salpêtrière | Cardiologie |
| MONTRAVERS | FRANCOISE | Tenon | Biophysique et médecine nucléaire |
| MORAND | LAURENCE | Saint Antoine | Bactériologie - Virologie - Hygiène |
| MORELOT-PANZINI | CAPUCINE | Pitié-Salpêtrière | Pneumologie |
| MOZER | PIERRE | Pitié-Salpêtrière | Urologie |
| NACCACHE | LIONEL | Pitié-Salpêtrière | Physiologie / Neurologie |
| NAVARRO | VINCENT | Pitié-Salpêtrière | Neurologie |
| NETCHINE | IRENE | Armand Trousseau | Physiologie |
| NGUYEN | YANN | Pitié-Salpêtrière | ORL |
| NGUYEN KHAC | FLORENCE | Pitié-Salpêtrière | Hématologie biologique |
| NGUYEN QUOC | STEPHANIE | Pitié-Salpêtrière | Hématologie clinique |
| NIZARD | JACKY | Pitié-Salpêtrière | Gynécologie obstétrique ; Gynéco médicale |
| OPPERT | JEAN-MICHEL | Pitié-Salpêtrière | Nutrition |
| PAQUES | MICHEL | 15/20 | Ophthalmologie |
| PARC | YANN | Saint Antoine | Chirurgie viscérale et digestive |
| PASCAL-MOUSSELLARD | HUGUES | Pitié-Salpêtrière | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| PATERON | DOMINIQUE | Saint Antoine | Médecine d'urgence |
| PAUTAS | ERIC | Charles Foix | Médecine interne . Gériatrie |
| PAYE | FRANCOIS | Saint Antoine | Chirurgie viscérale et digestive |
| PERETTI | CHARLES | Saint Antoine | Psychiatrie adultes |
| PETIT | ARNAUD | Armand Trousseau | Pédiatrie |
| PHE-VU | VERONIQUE | Pitié-Salpêtrière | Urologie |
| PIALOUX | GILLES | Tenon | Maladies infectieuses |
| PIARROUX | RENAUD | Pitié-Salpêtrière | Parasitologie |
| POIROT | CATHERINE | SL | Histologie embryo et cytogénétique |
| POITOU BERNERT | CHRISTINE | Pitié-Salpêtrière | Nutrition |
| POURCHER | VALERIE | Pitié-Salpêtrière | Maladies infectieuses |
| PRADAT DIEHL | PASCALE | Pitié-Salpêtrière | Médecine Physique et Réadaptation |
| PRADIER | HELENE | Tenon | Néphrologie |
| PUYBASSET | LOUIS | Pitié-Salpêtrière | Anesthésiologie-Réanimation et méd |
| QUESNEL | CHRISTOPHE | Tenon | Anesthésiologie-Réanimation et méd |
| RATIU | VLAD DEMETRU | Pitié-Salpêtrière | Gastro entérologie ; Hépatologie |
| RAUX | MATHIEU | Pitié-Salpêtrière | Anesthésiologie-Réanimation et méd |
| REDHEUIL | ALBAN | Pitié-Salpêtrière | Radiologie et imagerie médicale |
| RENARD PENNA | RAPHAELE | Pitié-Salpêtrière | Radiologie et imagerie médicale |
| RIOU | BRUNO | Pitié-Salpêtrière | Médecine d'urgence |
| ROBAIN | GILBERTE | RTH | Médecine Physique et Réadaptation |
| ROBERT | JEROME | Pitié-Salpêtrière | Bactériologie - Virologie - Hygiène |
| RODRIGUEZ | DIANA | Armand Trousseau | Pédiatrie |
| RONDEAU | ERIC | Tenon | Néphrologie |
| ROSMORDUC | OLIVIER | Pitié-Salpêtrière | Gastro entérologie ; Hépatologie |

| | | | |
|-------------------|-----------------|-------------------|---|
| ROSSO | CHARLOTTE | Pitié-Salpêtrière | Neurologie / urgences |
| ROTGE | JEAN-YVES | Tenon | Psychiatrie adultes |
| ROUPRET | MORGAN | Pitié-Salpêtrière | Urologie |
| SAADOUN | DAVID | Pitié-Salpêtrière | Médecine interne . Gériatrie |
| SAHEL | JOSE-ALAIN | 15/20 | Ophthalmologie |
| SANSON | MARC | Pitié-Salpêtrière | Histologie embryo et cytogénétique |
| SARI ALI | EL HADI | Pitié-Salpêtrière | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| SAUTET | ALAIN | Saint Antoine | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| SCATTON | OLIVIER | Pitié-Salpêtrière | Chirurgie viscérale et digestive |
| SCHMIDT | MATHIEU | Pitié-Salpêtrière | Médecine intensive - réanimation |
| SEILHEAN | DANIELLE | Pitié-Salpêtrière | Anatomie pathologique / neurologie |
| SESIK | PHILIPPE | Saint Antoine | Gastro entérologie ; Hépatologie |
| SELLAM | JEREMIE | Saint Antoine | Rhumatologie |
| SEROUSSI FREDEAU | BRIGITTE | Tenon | Biostatistiques, Informatique médicale et |
| SIFFROI | JEAN-PIERRE | Armand Trousseau | Histologie embryo et cytogénétique |
| SILVAIN | JOHANNE | Pitié-Salpêtrière | Cardiologie |
| SIMLOWSKI | THOMAS | Pitié-Salpêtrière | Pneumologie |
| SIMON | TABASSOME | Saint Antoine | Pharmacologie biologique |
| SOARES | ANDRE | DMG | Médecine générale |
| SOKOL | HARRY | Saint Antoine | Gastro entérologie ; Hépatologie |
| SORIA | ANGELE | Tenon | Dermatologie |
| SPANO | JEAN PHILIPPE | Pitié-Salpêtrière | Cancérologie ; Radiothérapie |
| STANKOFF | BRUNO | Saint Antoine | Neurologie |
| STEICHEN | OLIVIER | Tenon | Médecine interne . Gériatrie |
| STRAUS | CHRISTIAN | Pitié-Salpêtrière | Physiologie |
| SVRCEK | MAGALI | Saint Antoine | Anatomie pathologique |
| TANKERE | FREDERIC | Pitié-Salpêtrière | ORL |
| THABUT | DOMINIQUE | Pitié-Salpêtrière | Gastro entérologie ; Hépatologie |
| THOMASSIN NAGGARA | ISABELLE | Tenon | Radiologie et imagerie médicale |
| THOMIE | PHILIPPE | RTH | Médecine Physique et Réadaptation |
| TOUBOUL | CYRIL | Tenon | Gynécologie obstétrique ; Gynéco médicale |
| TOUITOU | VALERIE | Pitié-Salpêtrière | Ophthalmologie |
| TOUNIAN | PATRICK | Armand Trousseau | Pédiatrie |
| TOURAINÉ | PHILIPPE | Pitié-Salpêtrière | Endocrinologie |
| TOURRET | JEROME | Pitié-Salpêtrière | Néphrologie |
| TRAXER | OLIVIER | Tenon | Urologie |
| TUBACH | FLORENCE | Pitié-Salpêtrière | Epidémiologie |
| ULINSKI | TIM | Armand Trousseau | Pédiatrie |
| UZAN | CATHERINE | Pitié-Salpêtrière | Gynécologie obstétrique ; Gynéco médicale |
| VAILLANT | JEAN CHRISTOPHE | Pitié-Salpêtrière | Chirurgie viscérale et digestive |
| VERNY | MARC | Pitié-Salpêtrière | Médecine interne . Gériatrie |
| VEZIRIS | NICOLAS | Saint Antoine | Bactériologie - Virologie - Hygiène |
| VIALLE | RAPHAEL | Armand Trousseau | Chirurgie infantile |
| VIDAILHET | MARIE-JOSE | Pitié-Salpêtrière | Neurologie |
| VIGOUROUX | CORINNE | Saint Antoine | Biologie cellulaire |
| WAGNER | MATHILDE | Pitié-Salpêtrière | Radiologie et imagerie médicale |
| WEISS | NICOLAS | Pitié-Salpêtrière | Thérapeuthique / Neurologie |
| WENDUM | DOMINIQUE | Saint Antoine | Anatomie pathologique |

Liste des MCU-PH de la faculté de médecine Sorbonne Université, octobre 2021

| Nom | Prénom | Hôpital | Discipline |
|--------------------|-----------------|----------------------------------|--|
| ALLAIRE | MANON | Pitié-Salpêtrière | Gastro entérologie ; Hépatologie |
| AMOUYAL | CHLOE | Pitié-Salpêtrière | Endocrinologie diabète et maladies métaboliques |
| ARON WISNEWSKY | JUDITH | Pitié-Salpêtrière | Nutrition |
| AVENIN | GUILLAUME | DMG | Médecine générale |
| BACHY RAZZOUK | MANON | Armand-Trousseau | Chirurgie infantile |
| BARRAL | MATTHIAS | Tenon | Radiologie et imagerie médicale |
| BASSEZ | GUILLAUME | Pitié-Salpêtrière | Histologie embryo et cytogénétique |
| BAYEN | ELEONORE | Pitié-Salpêtrière | Médecine Physique et Réadaptation |
| BELLANNE-CHANTELOT | CHRISTINE | Pitié-Salpêtrière | Génétique |
| BELLOCQ | AGNES | Pitié-Salpêtrière | Physiologie |
| BENDIFALLAH | M'HAMED SOFIANE | Tenon | Gynécologie obstétrique ; Gynéco médicale |
| BENOLIEL | JEAN JACQUES | Pitié-Salpêtrière | Biochimie et biologie moléculaire |
| BENUSIGLIO | PATRICK | Pitié-Salpêtrière | Génétique |
| BODINI | BENEDETTA | Armand-Trousseau | Neurologie |
| BOISSAN | MATHIEU | Saint Antoine | Biologie cellulaire |
| BOUGLE | ADRIEN | Pitié-Salpêtrière | Anesthésiologie-Réanimation et méd |
| BOURRON | OLIVIER | Pitié-Salpêtrière | Endocrinologie diabète et maladies métaboliques |
| BOUTOLLEAU | DAVID | Pitié-Salpêtrière | Bactériologie ; Virologie ; Hygiène |
| BRIOUDE | FREDERIC | Armand-Trousseau | Physiologie |
| BRISOT DAVAINÉ | EOLIA | Saint Antoine | Hématologie clinique |
| BUFFET | CAMILLE | Pitié-Salpêtrière | Endocrinologie diabète et maladies métaboliques |
| BURREL | SONIA | Pitié-Salpêtrière | Bactériologie ; Virologie ; Hygiène |
| CADWALLADER | JEAN SEBASTIEN | Département de médecine générale | Médecine générale |
| CAMBON-BINDER | ADELINÉ | Saint Antoine | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| CAMUS-DUBOC | MARINE | Saint Antoine | Gastro entérologie ; Hépatologie |
| CERVERA | PASCALE | Saint Antoine | Anatomie pathologique |
| CHAPIRO | ELISE | Pitié-Salpêtrière | Hématologie biologique |
| CHARLOTTE | FREDERIC | Pitié-Salpêtrière | Anatomie pathologique |
| CHASSET | FRANCOIS | Tenon | Dermato-vénérologie |
| CHASTANG VALENTIN | JULIE | Département de médecine générale | Médecine générale |
| CHAVANNES | BARBARA | DMG | Médecine générale |
| CHOLLAT | CLEMENT | Armand-Trousseau | Pédiatrie |
| COHEN | ROMAIN | Saint Antoine | Cancérologie ; Radiothérapie |
| COULET | FLORENCE | Pitié-Salpêtrière | Génétique |
| COUVERT | PHILIPPE | Pitié-Salpêtrière | Biochimie et biologie moléculaire |
| CRISTOFARI | SARRA | Tenon | Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique |
| DANZIGER | NICOLAS | Pitié-Salpêtrière | Physiologie |
| DAVAINE | JEAN MICHEL | Pitié-Salpêtrière | Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire |
| DECRE | DOMINIQUE | Saint Antoine | Bactériologie - Virologie - Hygiène |
| DELORME | PIERRE | Armand-Trousseau | Gynécologie obstétrique ; Gynéco médicale |
| DEMONDION | PIERRE | Pitié-Salpêtrière | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| DENIS | JEROME | Pitié-Salpêtrière | Biologie cellulaire |
| DHOMBRES | FERDINAND | Armand-Trousseau | Gynécologie obstétrique ; Gynéco médicale |
| DOIZI | STEEVE | Tenon | Urologie |
| DRES | MARTIN | Pitié-Salpêtrière | Médecine intensive-réanimation |
| DROUIN | SARAH | Tenon | Urologie |
| DUPONT | CHARLOTTE | Tenon | Biologie et médecine de la reproduction |
| ECKERT | CATHERINE | Saint Antoine | Bactériologie - Virologie - Hygiène |
| EGUETHER | THIBAUT | Saint Antoine | Biochimie et biologie moléculaire |
| FAJAC CALVET | ANNE | Tenon | Histologie embryo et cytogénétique |
| FEKKAR | ARNAUD | Pitié-Salpêtrière | Parasitologie et mycologie |
| FRERE | CORINNE | Pitié-Salpêtrière | Hématologie biologique |

| | | | |
|-------------------|--------------|-------------------|--|
| GALICHON | PIERRE | Pitié-Salpêtrière | Néphrologie |
| GARDERET | LAURENT | Pitié-Salpêtrière | Hématologie clinique |
| GARNIER | MARC | Saint Antoine | Anesthésiologie-Réanimation et méd |
| GAURA SCHMIDT | VERONIQUE | Tenon | Biophysique et médecine nucléaire |
| GAY | FREDERICK | Pitié-Salpêtrière | Parasitologie et mycologie |
| GAYMARD | BERTRAND | Pitié-Salpêtrière | Physiologie |
| GENSER | LAURENT | Pitié-Salpêtrière | Chirurgie viscérale et digestive |
| GEROTZIAFAS | GRIGORIS | Tenon | Hématologie immunologie |
| GIABICANI | ELOISE | Armand-Trousseau | Physiologie |
| GIRAL | PHILIPPE | Pitié-Salpêtrière | Nutrition |
| GIURGEA | IRINA | Armand-Trousseau | Génétique |
| GOUMARD | CLAIRE | Pitié-Salpêtrière | Chirurgie viscérale et digestive |
| GOZLAN | JOEL | Saint Antoine | Bactériologie - Virologie - Hygiène |
| GRABAR | SOPHIE | Saint Antoine | Biostatistiques, Informatique médicale et |
| GUEDJ | ROMAIN | Armand-Trousseau | Pédiatrie |
| GUIHOT THEVENIN | AMELIE | Pitié-Salpêtrière | Immunologie |
| GUITARD | JULIETTE | Saint Antoine | Parasitologie et mycologie |
| HABERT | MARIE-ODILE | Pitié-Salpêtrière | Biophysique et médecine nucléaire |
| HAJAGE | DAMIEN | Pitié-Salpêtrière | Biostatistiques, Informatique médicale et |
| HERITIER | SEBASTIEN | Armand-Trousseau | Pédiatrie |
| HIRSCH | PIERRE | Saint Antoine | Hématologie biologique |
| JERU | ISABELLE | Saint Antoine | Génétique |
| JOFFRE | JEREMIE | Saint Antoine | Médecine intensive-réanimation |
| KIRCHGESNER | JULIEN | Saint Antoine | Gastro entérologie ; Hépatologie |
| LAFUENTE LAFUENTE | CARMELO | Charles Foix | Médecine interne . Gériatrie |
| LAMAZIERE | ANTONIN | Saint Antoine | Biochimie et biologie moléculaire |
| LAMBERT NICLOT | SIDONIE | Saint Antoine | Bactériologie - Virologie - Hygiène |
| LAMBRECQ | VIRGINIE | Pitié-Salpêtrière | Physiologie |
| LAPIDUS | NATHANAEL | Saint Antoine | Biostatistiques, Informatique médicale et |
| LAURENT-LEVINSON | CLAUDINE | Pitié-Salpêtrière | Pédo psychiatrie |
| LE BIHAN | JOHANNE | Pitié-Salpêtrière | Biologie cellulaire |
| LEBRETON | GUILLAUME | Pitié-Salpêtrière | Chirurgie thoracique et cardio vasculaire |
| LEMOINNE | SARA | Saint Antoine | Gastro entérologie ; Hépatologie |
| LOUAPRE | CELINE | Pitié-Salpêtrière | Neurologie |
| MAKSUD | PHILIPPE | Pitié-Salpêtrière | Biophysique et médecine nucléaire |
| MALARD | FLORENT | Saint Antoine | Hématologie clinique |
| MANCEAU | GILLES | Pitié-Salpêtrière | Chirurgie viscérale et digestive |
| MARIANI | LOUISE-LAURE | Pitié-Salpêtrière | Pharmacologie clinique / neurologie |
| MIRAMONT | VINCENT | DMG | Médecine générale |
| MIYARA | MAKOTO | Pitié-Salpêtrière | Immunologie |
| MOCHEL | FANNY | Pitié-Salpêtrière | Génétique |
| MORENO-SABATER | ALICIA | Saint Antoine | Parasitologie et mycologie |
| NABET | CECILE | Pitié-Salpêtrière | Parasitologie et mycologie |
| PEYRE | MATTHIEU | Pitié-Salpêtrière | Neurochirurgie |
| PHILIPPON | ANNE-LAURE | Pitié-Salpêtrière | Médecine d'urgence |
| PLU | ISABELLE | Pitié-Salpêtrière | Médecine légale |
| QASSEMYAR | QUENTIN | Armand-Trousseau | Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique |
| RAMBAUD | JEROME | Armand-Trousseau | Pédiatrie |
| ROBERT | SARAH | DMG | Médecine générale |
| ROHAUT | BENJAMIN | Pitié-Salpêtrière | Neurologie |
| ROOS-WEIL | DAMIEN | Pitié-Salpêtrière | Hématologie clinique |
| ROSENZWAJG | MICHELLE | Pitié-Salpêtrière | Immunologie |
| RUPPERT | ANNE MARIE | Tenon | Pneumologie |
| SALEM | JOE ELIE | Pitié-Salpêtrière | Pharmacologie clinique |
| SCHNURIGER | AURELIE | Armand-Trousseau | Bactériologie - Virologie - Hygiène |
| SCHOUMAN | THOMAS | Pitié-Salpêtrière | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |
| SEISEN | THOMAS | Pitié-Salpêtrière | Urologie |
| SOUGAKOFF | WLADIMIR | Pitié-Salpêtrière | Bactériologie - Virologie - Hygiène |

| | | | |
|--------------------|-----------|-------------------|---|
| SOUSSAN | PATRICK | Tenon | Bactériologie - Virologie - Hygiène |
| STERLIN | DELPHINE | Pitié-Salpêtrière | Immunologie |
| SURGERS | LAURE | Saint Antoine | Maladies infectieuses ; Maladies tropicales |
| TANKOVIC | JACQUES | Saint Antoine | Bactériologie - Virologie - Hygiène |
| TEZENAS DU MONTCEL | SOPHIE | Pitié-Salpêtrière | Biostatistiques, Informatique médicale et |
| THELLIER | MARC | Pitié-Salpêtrière | Parasitologie et mycologie |
| VALLET | HELENE | Saint Antoine | Médecine interne . Gériatrie |
| VATIER | CAMILLE | Saint Antoine | Biologie cellulaire |
| VERDONK | FRANCK | Saint Antoine | Anesthésiologie-Réanimation et méd |
| VIMONT-BILLARANT | SOPHIE | Saint Antoine | Bactériologie - Virologie - Hygiène |
| VOIRIOT | GUILLAUME | Tenon | Médecine intensive-réanimation |
| VORON | THIBAUT | Saint Antoine | Chirurgie viscérale et digestive |
| WORBE | YOULIA | Saint Antoine | Physiologie |
| YORDANOV | YOURI | Saint Antoine | Médecine d'urgence |
| ZERAH | LORENE | Pitié-Salpêtrière | Médecine interne . Gériatrie |

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.

TABLE DES MATIERES

| | |
|---|-----------|
| REMERCIEMENTS..... | 10 |
| SERMENT D'HIPPOCRATE..... | 13 |
| LISTE DES ABRÉVIATIONS UTILISÉES..... | 18 |
| | |
| INTRODUCTION..... | 19 |
| I. CONTEXTE..... | 19 |
| II. JUSTIFICATION ET OBJECTIF DE L'ETUDE..... | 21 |
| III. AFIN D'Y REpondRE..... | 22 |
| A. Définition des termes..... | 22 |
| 1. Vécu..... | 22 |
| 2. Évolution..... | 23 |
| 3. Relation médecin-patient..... | 24 |
| B. Choix de deux concepts à propos de l'évolution de la relation médecin-patient au cours du temps..... | 23 |
| 1. « La compagnie d'investissement mutuel », de Michael Balint..... | 23 |
| 2. Les transformations possibles dans la relation médecin-patient, de Marie-Thérèse Lussier et Claude Richard. | 24 |
| C. Déroulé du travail..... | 25 |
| | |
| MATERIELS ET METHODES..... | 26 |
| A. Type d'étude et objectif..... | 26 |
| B. Recherche bibliographique..... | 26 |
| C. Journal de bord..... | 26 |
| D. Déconstruction des <i>a priori</i> | 27 |
| E. Population d'étude - recrutement des patients..... | 28 |
| 1. Population d'étude..... | 28 |
| 1.1 Échantillonnage..... | 28 |
| 1.2 Critères d'inclusion et d'exclusion..... | 28 |
| 2. Recrutement des patients..... | 28 |
| F. Élaboration du guide d'entretien..... | 29 |
| G. Déroulé des entretiens..... | 29 |
| H. Méthodes d'analyse des données..... | 30 |
| 1. Retranscription..... | 30 |
| 2. Analyse des données..... | 31 |
| I. Éthique de la recherche..... | 31 |
| 1. Protection des données..... | 31 |
| 2. Protection des personnes..... | 31 |

| | |
|--|----|
| RESULTATS | 33 |
| I. DESCRIPTION DE LA POPULATION D'ETUDE | 33 |
| II. ANALYSE DES DONNÉES | 37 |
| A. Les relations médecin-patient : des fondements à la fin annoncée de longues relations | 37 |
| 1. Le souvenir d'enfance..... | 37 |
| 2. La première rencontre entre le médecin et son patient..... | 38 |
| 2.1 Entre transmission évidente et choix pragmatique..... | 38 |
| 2.1.1 Une transmission évidente..... | 38 |
| 2.1.2 Un médecin du même genre que soi..... | 38 |
| 2.1.3 Un choix pragmatique..... | 39 |
| 2.2 La première rencontre : un vague souvenir ou des enjeux décisifs pour la suite de la relation..... | 39 |
| 2.2.1 Un souvenir trop lointain à se remémorer..... | 39 |
| 2.2.2 Une approche biomédicale de la consultation avant tout..... | 39 |
| 2.2.3 Le souci d'une compatibilité entre deux êtres humains..... | 40 |
| 3. Le processus relationnel entre le médecin et son patient : de la confiance à la méfiance | |
| 3.1 Le médecin et le patient vieillissent en parallèle..... | 41 |
| 3.1.1 Ils vieillissent ensemble..... | 41 |
| 3.1.2 Le patient vieillit plus vite que le médecin..... | 41 |
| 3.1.3 Le médecin vieillit plus vite que le patient..... | 42 |
| 3.2 Une connaissance mutuelle et une confiance au service de la relation et de l'efficacité des soins..... | 42 |
| 3.2.1 La connaissance exhaustive du patient par le médecin..... | 42 |
| 3.2.2 Une confiance propice à la libération de la parole du patient..... | 43 |
| 3.2.2.1 Réussir à aborder des sujets intimes..... | 43 |
| 3.2.2.2 Des discussions privées entre le médecin et son patient..... | 43 |
| 3.2.3 Des soins facilités et efficaces..... | 44 |
| 3.2.4 Indulgence du patient envers le médecin..... | 44 |
| 3.3 Un patient devenant acteur des soins face à la baisse de vigilance du médecin... 45 | |
| 3.3.1 Une vigilance amoindrie du médecin..... | 45 |
| 3.3.1.1 Les écueils de la trop bonne connaissance du patient..... | 45 |
| 3.3.1.2 Un médecin déboussolé..... | 46 |
| 3.3.1.3 Des consultations de plus en plus expéditives..... | 46 |
| 3.3.1.4 L'impact négatif de l'ordinateur en consultation..... | 46 |
| 3.3.2 Des erreurs de la part du médecin..... | 46 |
| 3.3.3 En réponse, le patient devient acteur des soins..... | 47 |
| 3.4 Un patient plus exigeant avec le temps..... | 47 |
| 3.4.1 Une disponibilité rapide du médecin..... | 47 |
| 3.4.2 Une attention particulière à l'examen physique..... | 47 |
| 3.4.3 Des attentes « infondées »..... | 48 |
| 4. Moments marquants de la relation..... | 48 |
| 4.1 Des moments manqués..... | 49 |
| 4.2 Présence lors d'un événement de vie important..... | 49 |

| | |
|--|-----------|
| 4.3 Psychothérapie par le médecin généraliste..... | 50 |
| 4.4 Accompagnant des proches en fin de vie..... | 51 |
| 4.5 Aide à la décision en santé..... | 51 |
| 4.6 Réponse à l'urgence réelle ou ressentie..... | 51 |
| 5. Entre choix du patient et rupture subie : une rupture annoncée..... | 52 |
| 5.1 Une fin de relation décidée par le patient..... | 52 |
| 5.2 Une fin de relation subie par le patient..... | 52 |
| B. Des relations singulières..... | 53 |
| 1. Une relation affective difficile à définir..... | 54 |
| 2. Un respect hiérarchique issu du monde hospitalier..... | 54 |
| 3. Une confraternité bienveillante et risquée..... | 55 |
| 4. Médecin et voisine..... | 56 |
| 5. Un accès privilégié aux soins et une littératie en santé renforcée..... | 56 |
| 6. La séduction au sein de la relation..... | 57 |
| 7. Des règles tacites garantes de la confiance du patient envers le médecin..... | 57 |
| 8. Un lieu de soins et un lieu de bavardages..... | 58 |
| DISCUSSION..... | 59 |
| I. LIMITES ET FORCES DE L'ETUDE..... | 59 |
| A. Les limites de l'étude..... | 59 |
| 1. Biais liés au mode de recrutement..... | 59 |
| 2. Une question qui pose question..... | 60 |
| 3. Inexpérience du chercheur principal..... | 60 |
| 4. Biais de mémorisation..... | 61 |
| 5. Biais lié au mode de recueil des données..... | 61 |
| B. Les forces de l'étude..... | 61 |
| II. DISCUSSION DES RESULTATS..... | 62 |
| A. Une rencontre pas anodine..... | 62 |
| 1. Le souvenir du médecin d'enfance..... | 62 |
| 2. Le choix de son médecin généraliste..... | 63 |
| B. La relation s'écoule..... | 63 |
| 1. Réflexion sur le temps qui « passe » | 63 |
| 2. Le médecin devient vulnérable et en vient à commettre des erreurs..... | 65 |
| 3. Le médecin devient moins vigilant..... | 67 |
| 4. Le temps au service de la confiance et la connaissance du patient..... | 67 |
| C. Les moments marqués dans le temps..... | 69 |
| 1. La psychothérapie du médecin généraliste..... | 70 |
| 2. La fin du temps à deux..... | 71 |
| D. Une relation difficile à définir mais un cadre à poser..... | 72 |
| 1. La place de l'amour dans le soin..... | 72 |
| 2. La place de l'amitié dans le soin..... | 73 |
| 3. La distinction entre le médecin et le membre de la famille..... | 74 |
| 4. Le cadre nécessaire à la continuité de la relation..... | 74 |
| E. Éviter les écueils du temps dans la relation médecin-patient..... | 75 |

| | |
|--|-----------|
| III. PERSPECTIVES DE RECHERCHE..... | 76 |
| CONCLUSION..... | 77 |
| BIBLIOGRAPHIE..... | 80 |
| ANNEXES..... | 84 |

ABREVIATIONS UTILISEES

AC/FA : Arythmie complète par fibrillation atriale

BTP : Bâtiments et travaux publics

CNRTL : Centre nationale de ressources textuelles et lexicales

DUMG : Département universitaire de médecine générale

GHU : Groupe hospitalier universitaire

H/F = Homme/Femme

HTA : Hypertension artérielle

MG : Médecin généraliste

SASPAS : Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée

SFMG : Société française de médecine générale

WONCA : “ World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians ”

INTRODUCTION

I. CONTEXTE

A propos de la discipline de médecine générale – médecine de famille, la WONCA Europe (2002) décrit (1) : « Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée ». L'activité de médecine générale a donc la particularité de se construire pas à pas, au fil du temps. Avoir accès au médecin généraliste comme premier recours, lors d'une consultation unique est une possibilité, cependant la spécificité de la médecine générale tient dans cette relation construite au cours du temps dans le but de servir la santé des patients.

Selon un sondage français Odoxa (2) réalisé en 2019, sur un échantillon de 1004 français majeurs, représentatifs de la population française, deux tiers des interrogés jugent « bonne » la relation patients-soignants (tous soignants confondus), deux tiers également estiment que la qualité de la relation n'est pas uniquement liée à la qualité des soins médicaux, supposant l'importance des aspects interpersonnel et communicationnel. Composante de la médecine générale, la relation médecin-patient peut être à l'origine d'une meilleure santé des usagers du système de soins, lorsque celle-ci est réussie. Nous pouvons citer comme exemple celui de l'observance améliorée par une relation médicale de qualité : dans une étude britannique, menée par PRA.Ettliger et GK.Freeman, publiée dans le *British Medical Journal* (3), ayant interrogé 119 patients à la suite d'une prescription d'antibiotiques en consultation de médecine générale pour une pathologie la justifiant, ces derniers étaient plus observants vis-à-vis du traitement lorsqu'il était prescrit par un médecin qu'ils connaissaient bien.

Cette relation peut également être à l'origine de difficultés, de conflits délétères pour la santé des personnes. Un quart des patients du sondage précité (2) disent avoir déjà été en conflit avec un médecin rencontré (généraliste, spécialiste d'organe, chirurgien). Gaelle Bourcereau et Charlotte Dépalle (4) décrivent dans leur thèse de médecine que les situations de désaccord « surviennent quand les qualités du médecin font défaut par rapport aux qualités attendues par le patient. Elles peuvent s'installer de façon aiguë sur un manquement du médecin jugé intolérable par le patient, par accumulation des insatisfactions ou par comparaison avec un

autre médecin répondant mieux aux attentes du patient ». Selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins (5), les principales causes de conflit entre médecins et patients concernent le retard dans la consultation ou le rendez-vous, le refus de délivrer un document, un dossier, une ordonnance, le reproche quant à l'acte médical ou la consultation, la faute ou l'erreur et enfin l'incompréhension ou la mauvaise explication d'une information donnée par le médecin.

Cela met en exergue l'importance de la communication en médecine générale. Compétence-mère de la marguerite en médecine générale (6), elle conditionne l'efficacité thérapeutique. Dans une méta-analyse britannique menée par Z.Di Blasi et coll. en 2001 et publiée dans *The Lancet* cherchant à démontrer l'efficacité thérapeutique des relations médecins-patients indépendamment des thérapeutiques prescrites (7), trois études ont montré que répondre aux attentes des patients à travers une information positive concernant le diagnostic et le traitement, en adoptant une attitude de soutien ou de réconfort envers le patient, améliorerait significativement l'efficacité thérapeutique. Une mauvaise communication peut être à l'origine de plaintes contre le médecin généraliste. Dans le cadre de sa thèse de médecine (8), Hélène Rouet a interrogé 23 patients insatisfaits recrutés au sein de laboratoires et de pharmacies en Bretagne. Les causes principales d'insatisfaction concernaient le manque d'écoute, d'empathie et le comportement de supériorité du médecin envers le patient.

L'écoute est une composante majeure de la communication. Didier Sicard, médecin et président du comité consultatif national d'éthique de 1999 à 2008 disait en 2014 (9) : « Un médecin qui écoute est souvent plus utile qu'un médecin qui prescrit ». Ce terme est plus complexe qu'il n'y paraît. Alain Braconnier, psychiatre et psychanalyste, distingue, dans la revue *L'information psychiatrique*, trois modes d'écoute des patients qu'il reçoit pour un traumatisme psychique (10) : « l'écoute informative » qui « consiste à écouter attentivement le patient dans la manière dont il nous présente ses symptômes, sa souffrance, son histoire. » Le second mode est « l'écoute interactive » qui vise à « compléter nos informations et notre compréhension de ce que nous dit le patient. Nous le questionnons, nous reformulons ce qu'il nous a dit pour lui montrer notre intérêt mais aussi pour nous rassurer sur le fait d'avoir bien compris et nous le confrontons à ce qui nous paraît imprécis. » Le dernier mode est « l'écoute insight » permettant « d'apprécier plus finement vers quel chemin de soins nous pouvons nous orienter à partir de la manière dont le patient peut se représenter ce qu'il dit et ce qu'il nous dit. » Ceci est tout à fait applicable pour un patient exprimant une plainte en consultation de médecine générale. Dans sa thèse datant de 2011 (11), ayant pour objectif l'évaluation de la qualité d'écoute des médecins généralistes en consultation, Sophie Dareths Fabier a interrogé 18 médecins et leurs

patients ce qui lui a permis d'obtenir au total 147 questionnaires médecin-patient. Elle a mis en évidence que médecins et patients s'entendent dans moins d'un quart des cas sur la nature, le nombre et la hiérarchisation des motifs de consultation. La qualité d'écoute médicale diminuait si la consultation traitait de plus de deux motifs, d'un problème social ou si un problème émerge en fin de consultation. S.Dareths Fabier décrit également que les médecins ont davantage de difficultés d'écoute lorsqu'ils reçoivent des patients âgés de plus de 80 ans ou s'ils sont issus de catégories socio-professionnelles « inférieures ». Notre travail sera pertinent car il permettra de pointer certaines difficultés du point de vue des patients.

Une longue durée de suivi par un même médecin est pourvoyeuse d'une plus grande satisfaction pour le patient vis-à-vis de sa santé. Une étude britannique menée par K.Donahue et coll. publiée dans le BMC Family Practice (12) datant de 2005, menée auprès de 3176 patients, montre que ceux suivis depuis plus de cinq ans par leur médecin étaient plus satisfaits que ceux suivis depuis deux ans et moins. Ceux suivis depuis moins d'un an étaient même mécontents de l'attention et des réponses à leur santé que donnait leur médecin.

Cependant, l'ancienneté de la relation peut également laisser apparaître des difficultés au sein de la relation médecin-patient. La routine pouvant s'installer dans une relation entre deux êtres se connaissant, se voyant régulièrement et la non-réponse aux attentes grandissantes des patients peuvent expliquer ces difficultés avec le temps.

D'après l'article *Concordance des temps, une grammaire de la temporalité en médecine générale* (13) écrit par Philippe Cornet et coll., de nos jours, nous assistons à une dyschronie des temporalités : la temporalité de la maladie, la temporalité du médecin et la temporalité sociale qui ne cesse de voir ses composantes accélérer, se heurtent à la temporalité du patient malade. Afin d'envisager une relation de qualité, ces quatre temporalités doivent se concorder. Pour cela, les auteurs appellent à une décélération intentionnelle du médecin en lui proposant de s'affranchir de la temporalité de la maladie au profit de celle du malade et de se départir de ses impératifs économiques.

II. JUSTIFICATION ET OBJECTIF DE L'ETUDE

Dans la vie de chacun comme en consultation de médecine générale, la confiance qui se développe dans le temps est une composante essentielle à une relation de qualité. Dans sa thèse d'exercice, Marie Voiron (14) a étudié le vécu du médecin généraliste de la relation médecin-patient lorsqu'elle évolue avec les années de suivi. Ce travail met en exergue l'évolution du

vécu des consultations du point de vue du médecin, concernant par exemple les composantes d'un cadre professionnel et les stratégies (organisationnelles entre autres) mises en place pour garantir le bon vécu du suivi des patients.

Et du point de vue des patients, qu'en est-il ? Comment évaluent-ils l'évolution de la relation singulière à leur médecin généraliste au cours du temps ? Tout acte médical mobilise les émotions du patient comme celles du médecin. En quoi la durée de la relation influe sur leurs sentiments, leurs attentes, leurs représentations envers leur médecin généraliste ? Au bout de longues années de suivi, émerge-t-il des aspects négatifs dans le vécu de cette relation ? *A contrario*, quels sont les paramètres amenant le patient à conserver une relation exclusive avec un seul médecin généraliste pendant des années ?

Selon nos recherches bibliographiques, ces questions ne semblent pas avoir été explorées auparavant. Recueillir le vécu des patients peut permettre aux médecins généralistes qui liraient le travail d'élaborer une réflexion personnelle ou collective sur la façon d'optimiser leur prise en charge afin de conserver une relation médecin-patient de qualité au bout de longues années de suivi.

L'objectif principal de ce travail est d'explorer le vécu singulier de l'évolution de la relation que possèdent des patients avec leur médecin généraliste, au cours de dizaine(s) d'années de suivi.

III. AFIN D'Y REpondre :

Afin de répondre à cet objectif, nous proposons tout d'abord ici, d'en définir les termes puis de rappeler deux concepts à propos de la relation médecin-patient évoluant au cours du temps avant de présenter le déroulé de l'étude en elle-même.

A. Définition des termes

1. Vécu

Il correspond à l'expérience vécue, à la réalité telle qu'elle a été vécue par la personne (15). Nous voulons donc explorer l'expérience subjective et singulière de la relation que chaque patient participant mène avec son médecin généraliste actuel.

2. Évolution

Le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales le définit ainsi (16) : c'est un « processus continu de transformation, passage progressif d'un état à un autre ». Dans le cadre d'une relation médecin-patient, l'évolution constituerait en un processus dans le temps caractérisé par des événements vécus par l'un ou l'autre des protagonistes de la relation, partagés dans le lieu de consultation commun, et l'émergence de sentiments changeants.

3. Relation médecin-patient

Selon Marie-Thérèse Lussier (17), professeure de médecine au département de médecine de famille et de médecine d'urgence de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, la relation désigne « le modèle récurrent de communication qui existe entre deux personnes. La communication et la relation sont réciproquement la source et le résultat de l'autre. » et « la relation médecin-patient constitue une forme particulière de relation interpersonnelle ; c'est une relation de « service » dans laquelle les deux interlocuteurs jouent des rôles prédéterminés et les normes de comportement s'appliquant au médecin sont clairement définies par un Code de déontologie. » Notion elle-même « peu quantifiable », la bonne qualité d'une relation médecin-patient serait celle « qui satisfait au mieux les deux acteurs, médecin et malade, contribue aux meilleurs résultats de la prise en charge thérapeutique, et satisfait aux principes de l'éthique », énonce l'Académie française de Médecine (18).

B. Choix de deux concepts à propos de l'évolution de la relation médecin-patient au cours du temps

1. « La compagnie d'investissement mutuel » de Michael Balint.

Michael Balint, psychiatre et psychanalyste britannique, d'origine hongroise est une figure importante de la théorisation de la relation médecin-patient et il a grandement contribué à améliorer les pratiques de médecins dans cette composante de la médecine générale. Dans son ouvrage *Le médecin, son malade et la maladie* (19), il définit plusieurs concepts dont « la

compagnie d'investissement mutuel. ». Ce dernier, bien que datant de près de soixante-dix ans est toujours d'actualité. Il rappelle la singularité du médecin et du patient et de leurs interactions qui se tissent au fil des consultations. Selon M. Balint, « la compagnie d'investissement mutuel » correspond à « cette base de satisfaction mutuelle et de frustration mutuelle qu'une relation unique s'établit entre l'omnipraticien et ceux de ses patients qui restent avec lui (...) Il ne s'agit pas d'amour ou de respect mutuel, ou d'identification mutuelle ou d'amitié, bien que tous ces éléments soient présents dans la relation (...) l'omnipraticien acquiert progressivement un précieux capital investi dans son patient et, réciproquement, que le patient acquiert un précieux capital, qu'il dépose chez son praticien. » Il ajoute qu'« au cours des longues années de fréquentation de son patient, l'omnipraticien accumule progressivement un vaste ensemble de détails importants. Il connaît les arrière-plans de la vie du patient (...) » mais « l'actif réel est constitué par les expériences communes des périodes de santé et surtout de maladies (...) ». En somme, « le patient apprend l'étendue et la nature de l'aide qu'il peut attendre de son médecin ». Et il est enfin « extrêmement important que l'actif de ce double capital (...) ne soit pas gaspillé, autrement dit qu'il soit utilisé de manière que patient et médecin aient tous deux un bénéfice en retour. » Cela rejoint la notion de satisfaction mutuelle à la définition d'une relation de qualité.

2. *Les transformations possibles dans la relation médecin-patient* de Marie-Thérèse Lussier et Claude Richard.

Dans l'article *En l'absence de panacée universelle* (17), publié dans la revue *Canadian Family Physician • Le Médecin de famille canadien*, M-T Lussier et C. Richard décrivent que le type de relation médecin-patient est déterminé par différents paramètres : les caractéristiques du problème, celles de la personne qui consulte et le contexte de la consultation. En fonction de la nature du problème et de son degré de gravité, les auteurs mettent en évidence quatre types de relation dans lesquelles le rôle du médecin varie (**annexe 1**). En premier lieu, *l'expert en charge* prend des décisions unilatérales dans le but seul de soigner son patient victime d'un problème aigu et grave. En second lieu, *l'expert guide* suggère au patient son diagnostic et ses traitements et le conseille tout en tenant compte des aspects psychosociaux et de ses croyances. Le médecin cherche à convaincre de la pertinence de son traitement. Ensuite, le rôle de *médecin partenaire* dans le cadre de maladies chroniques bénignes ou graves, suggère que le patient a également acquis des connaissances dans sa pathologie. S'engage alors un véritable partenariat dans la prise en charge médicale où empathie et accueil du point de vue du patient sont recherchés.

Enfin, dans le cadre d'une pathologie plutôt bénigne et chronique, le *médecin facilitateur* complète l'information du patient, très au courant de sa maladie et autonome dans sa surveillance. Le médecin est régulièrement sollicité de la part du patient. Ainsi, selon la situation donnée, au cours d'une même relation, le médecin peut adopter une posture et une communication tout à fait différentes au cours du temps mais toujours dans l'intérêt de son patient.

C. Déroulé du travail

Nous avons réalisé une étude qualitative selon une approche phénoménologique interprétative à l'aide de treize entretiens semi-dirigés auprès de patients de médecine générale. Je détaillerai les méthodes utilisées pour ce recueil de données et leur analyse. Puis, je vous présenterai les résultats que nous finirons par discuter en les confrontant à la littérature.

MATERIELS ET METHODES

A. Type d'étude et objectif

La question de recherche de cette étude était de recueillir le vécu singulier de patients en Médecine Générale concernant l'évolution de la relation avec leur médecin généraliste au cours du temps. La méthode adaptée pour y répondre était une étude qualitative inspirée de la phénoménologie interprétative. Le phénomène étudié étant le vécu singulier et donc la compréhension de l'expérience vécue et du sens que les individus donnaient à l'évolution de cette relation.

B. Recherche bibliographique

Les termes utilisés pour notre recherche étaient des termes qui avaient pour la plupart été vérifiés à travers le portail HeTOP en langue française. Cela a permis de déterminer le libellé préféré, les synonymes MeSH ainsi que leurs équivalents CISMef. Tout cela dans le but de les inclure dans des moteurs de recherches divers afin d'enrichir notre bibliographie. Les moteurs de recherches touchaient à diverses disciplines : PubMed, Google Scholar, Isidore, Persée, Cairn, Revue Prescrire, Revue Exercer. Ces termes ont été combinés en français et en anglais, autant que possible à l'aide de l'opérateur « ET » (en anglais « AND »).

J'ai également eu l'occasion de fréquenter la Bibliothèque publique d'information (Paris IVe) à plusieurs reprises dans le but de consulter des livres en rapport avec le thème de recherche. J'ai eu le souci de m'attarder dans les rayons ayant pour disciplines la philosophie, la sociologie, la psychologie et enfin la médecine.

Les termes les plus utilisés (équivalent en anglais si terme MeSH) étaient :

Relations médecin-patient ou Relation médecin-malade (physician-patient relations), médecine générale (general practice), temps (time) et au cours du temps, évolution, vécu de la relation médecin-patient, souvenirs, enfance, choix du médecin, rupture de la relation.

Cette bibliographie a été classée par mes soins dans une base de données Zotero.

C. Journal de bord

J'ai tenu un journal de bord informatique au début du projet de thèse. Celui-ci a été tenu pendant un an jusqu'à Octobre 2020. Il s'est surtout axé sur la réflexion que nous avons eue, avec ma directrice de thèse, pour préciser le sujet que nous souhaitions étudier puis sur le chemin vers l'élaboration du guide d'entretien. Ce journal a entre autres permis de poser les bases du guide en se questionnant en vrac sur les thèmes pertinents à explorer en entretien. Ci-joint un extrait du journal de bord :

| |
|---|
| 21/07/2020 |
| Réunion en visio : <ul style="list-style-type: none">- Début d'élaboration du guide d'entretien en posant des questions en vrac dans le but de dégager les différentes étapes du guide d'entretien. Le but étant de faire un guide d'entretien semi-dirigé.<ol style="list-style-type: none">1) Temps d'accroche / Brise-glace2) Notion de temporalité3) Moments marquants au cours des années4) Au contraire, y a-t-il eu des écueils ?5) Nouvelles attentes envers son médecin ?6) Introduire le souvenir dans l'entretien |

D. Déconstruction des *a priori*

Sous l'impulsion de ma directrice de thèse, j'ai procédé à une déconstruction constante de mes *a priori* tout au long du travail. Tout d'abord, j'ai moi-même répondu à ma question de recherche et aux questions du guide d'entretien. J'ai en fait préalablement listé mes *a priori* en m'interrogeant pour chaque question sur les réponses que je m'attendais à obtenir, celles qui m'auraient dérangées ou choquées et celles qui m'auraient plu ou satisfaites. Ma directrice de thèse a également procédé à ce travail.

Puis tout au long de l'étude, j'ai continué. Par exemple, lorsque j'ai transformé mes tournures de phrases employées dans la rédaction des résultats qui en disaient long sur ma façon souvent très positive et puissante de voir le médecin.

Nous pouvons avoir des idées sur les questions, reflet de notre propre expérience vécue, mais celle-ci doit être mise de côté afin d'obtenir le vécu singulier, et étranger à nous, du patient.

E. Population d'étude - recrutement des patients

1. Population d'étude

1.1 Échantillonnage

La population d'étude a été recrutée selon un échantillonnage raisonné homogène. Toutes les personnes recrutées avaient vécu le même phénomène étudié : un suivi par un médecin généraliste depuis plus de dix ans.

1.2 Critères d'inclusion et d'exclusion

J'ai approché des médecins suivant leurs patients depuis plus de dix ans ou des patients directement, également suivis depuis plus de dix ans par leur médecin traitant. Et si le recrutement était possible, depuis plus de vingt ans. Cette relation devait être encore d'actualité au moment de l'entretien.

Par ailleurs, un des objectifs était qu'un médecin ne fasse l'objet que d'un entretien uniquement. Nous nous sommes questionnés et nous avons conclu que dans le cadre d'une relation depuis plus de 10 ans qui est actuellement poursuivie, cette relation est toujours en cours de construction et cela nous intéressait plus qu'un souvenir (où les émotions du patient peuvent aussi être exacerbées). Nous cherchions des patients majeurs et parlant couramment français (afin d'éviter l'intervention d'un interprète qui aurait pu diminuer l'authenticité du discours du participant).

Les critères d'exclusion étaient : les mineurs, les patients souffrant d'affections cognitives altérant leur discernement, les entretiens avec plusieurs membres d'une même famille.

2. Recrutement des patients

Je suis parvenu à recruter les patients de cinq manières différentes. J'ai d'abord demandé moi-même à des patients que j'ai rencontrés en consultation. Puis, j'ai sollicité des médecins afin qu'ils me proposent chacun un de leurs patients. Ensuite, ma directrice de thèse Dr Duverne

m'a proposé des personnes en dehors de sa patientèle. J'ai également sollicité certaines de mes connaissances, enfin, une de mes proches m'a suggéré plusieurs personnes à contacter.

L'échantillonnage peut s'apparenter à de la convenance que ce soit de mon côté ou pour le médecin. Nous avions la crainte de demander à plus de médecins de nous proposer des patients car nous pouvions nous attendre à ce que la relation qu'ils entretiennent avec le patient qu'ils choisissent soit probablement de qualité.

F. Élaboration du guide d'entretien

Suite aux recherches bibliographiques, des hypothèses ont été formulées et ont abouti à la réalisation d'un guide d'entretien (**annexe 4**).

Nous sommes partis sur un guide d'entretien semi-dirigé en interrogeant des patients individuellement. Le sujet était assez intime, et comme dit plus haut c'est le vécu personnel qui était recherché. Le recueil du vécu singulier de chaque patient devait donner la parole la plus libre au patient. Dans ce sens, les questions posées aux patients (écrites en majuscules) sont toutes très ouvertes. Des questions un peu plus précises étaient prévues pour les patients si besoin afin d'aborder tous les thèmes voulus. Les questions, au fur et à mesure de l'élaboration du guide, se voulaient progressives dans un ordre chronologique.

La première question posée au patient était une question brise-glace, elle permettait de débiter l'entretien sur quelque chose d'assez léger et facile à se remémorer. Puis, la deuxième question était très ouverte : « Parlez-moi de votre relation avec votre médecin ». Cela laissait le champ au patient de raconter ce qu'il souhaitait.

La deuxième partie du guide s'attachait à interroger les patients sur l'évolution de la relation au cours du temps. Cela permettait d'aborder les souvenirs de la rencontre avec leur médecin, les moments marquants de cette relation et les difficultés rencontrées ensemble.

La troisième partie du guide interrogeait le patient sur l'impact, les conséquences que cette relation a pu avoir sur lui.

Le guide d'entretien n'a pas été modifié au cours des treize entretiens.

G. Déroulé des entretiens

L'accord de principe obtenu pour la participation à mon étude, j'ai contacté les patients par téléphone ou mail afin de convenir avec certains d'entre eux d'un rendez-vous en présentiel dans le respect des mesures sanitaires en vigueur liées à la COVID-19, dans le lieu de leur

choix : à leur domicile ou au cabinet médical. Pour d'autres, en raison de contraintes géographiques ou de temps, j'ai fait le choix de leur proposer un entretien en visio-conférence.

J'ai mené l'ensemble des entretiens, en face à face, individuellement avec le patient.

Tous les entretiens ont été entièrement enregistrés par la fonction dictaphone de mon smartphone puis stockés dans un disque dur externe dédié.

Je débutais l'entretien par lire l'introduction de mon guide d'entretien (**annexe 4**) à voix haute devant les patients. Les questions principales du guide ont systématiquement été posées puis si besoin les sous-questions ont été posées. La façon dont j'ai mené les entretiens a évolué. En effet, lors des premiers entretiens, j'induisais inconsciemment des réponses de patients ce qui pouvait appauvrir les données. Heureusement, j'ai réussi à davantage ouvrir mes questions relance au fil des entretiens.

Pendant le discours des patients, j'essayais d'avoir la posture et les expressions faciales les plus neutres possibles. Je n'esquissais une approbation de la tête que lorsque je pensais que cela pouvait encourager le patient à continuer à m'en dire plus mais pas pour affirmer mon accord avec leurs dires. Idem en cas de désaccord ou de propos qui auraient pu aller à l'encontre de ma représentation des choses, je faisais en sorte de ne rien laisser transparaître.

J'avais en ma possession une feuille blanche sur laquelle je prenais le plus rarement possible des notes. Cela me servait à revenir un peu plus tard sur des points me semblant intéressants. Mais également à noter des éléments non verbaux permettant de mieux comprendre l'émotion des patients pour l'analyse (rires, pleurs, silence, soupirs...).

En fin d'entretien, je recueillais les données personnelles liées aux patients afin de réaliser le talon sociologique. Je questionnais ainsi les patients sur leur âge, leur durée de suivi par leur médecin traitant, leurs pathologies et leur milieu de vie. Ce talon sociologique est au début de la partie Résultats.

H. Méthodes d'analyse des données

1. Retranscription

Préalablement à l'analyse, j'ai retranscrit mot à mot les treize entretiens sur un fichier informatique Microsoft Office Word en prêtant une attention particulière au langage (rires, silence, faciès...). Les retranscriptions n'ont pas été soumises aux participants pour correction.

2. Analyse des données

Le contenu sémantique de chaque entretien a été réalisé. Un étiquetage expérientiel a été élaboré à partir des verbatims des entretiens puis cela a permis de faire émerger les propriétés de chaque entretien. J'ai ensuite analysé de façon transversale les treize entretiens afin de faire émerger les grandes thématiques et organiser l'ensemble des données analysées (exemple d'analyse : entretien numéro 8 - **annexe 5**).

Toute l'analyse a été réalisée manuellement sans l'aide d'un logiciel d'analyse. Une triangulation des données a été réalisée avec ma directrice de thèse pour chacun des treize entretiens puis au moment de l'organisation des propriétés.

I. Éthique de la recherche

1. Protection des données

L'anonymat des données a été instauré dès la retranscription avec le nom du médecin remplacé par M (pour Médecin) – suivi d'un chiffre, les noms de ville par V (pour Ville) – suivi d'un chiffre correspondant au numéro de l'entretien. Si un patient mentionnait le nom d'un autre médecin ou d'une autre ville pendant son entretien, une petite astérisque « * » s'ajoutait au codage. Les prénoms de personnes mentionnées par les patients (hors médecin) étaient remplacés par des initiales.

Les données personnelles, les enregistrements, et leurs retranscriptions étaient ensuite stockés dans un disque dur externe dédié et seront détruits dans un délai de 2 mois après la soutenance de cette thèse.

2. Protection des personnes

Dans un souci de transparence, les médecins ou moi-même avons préalablement transmis la note d'information de l'étude aux patients (**annexe 2**).

Le consentement libre, éclairé, oral et/ou écrit des patients a été recherché et obtenu avant chaque entretien, en leur faisant signer une lettre de consentement (**annexe 3**).

J'ai soumis pour la première fois le 12 Janvier 2022 mon projet de thèse au Comité d'Éthique de la Recherche (CER) de Sorbonne Université, pour premier avis. Une membre du CER, m'a rappelé le 18 Janvier pour faire préciser certaines choses avant de soumettre officiellement mon projet de thèse. Je devais demander au Délégué à la Protection des Données (DPD) de Sorbonne

Université de m'enregistrer au registre des traitements. Chose faite et validée par le DPD en date du 18 Mars. Il m'a également été signifié lors de cet appel que la déclaration à la Commission Nationale des Informations et des Libertés (CNIL) était inutile.

En date du 15 Mars, je reçois un avis du CER suite à cette première soumission qui me demande de réviser ce projet sur beaucoup de points. Étant déjà bien avancé dans le travail de thèse et au risque de devoir à nouveau changer de méthode, j'ai décidé de ne pas donner suite. Certaines remarques, en revanche, m'ont servi pour gagner en exhaustivité dans la rédaction de la thèse. Par ailleurs, cet avis rendu par le CER a confirmé que cette étude était hors loi Jardé.

RESULTATS

I. DESCRIPTION DE LA POPULATION D'ETUDE

Le premier entretien a été mené en Janvier 2021 et le dernier en Novembre 2021.

Les entretiens 1, 2, 3, 5 et 12 ont concerné des patients suivis par un médecin libéral exerçant en groupe en milieu semi rural en Seine et Marne. Les entretiens 4 et 10 ont concerné des patientes suivies par un médecin libéral exerçant en groupe dans un milieu urbain en Seine Saint Denis. Les entretiens 6, 9 et 13 ont concerné des patients suivis en milieu urbain dans les Hauts-de-Seine par un médecin libéral, l'entretien 7 une patiente suivie à Paris par un médecin libéral exerçant seul, l'entretien 8 une patiente suivie en milieu rural en Saône et Loire par un médecin libéral exerçant seul et l'entretien 11 un patient suivi par un médecin libéral exerçant en groupe en milieu semi rural en Essonne. Les patients habitent dans un milieu de vie identique à leur médecin.

Les entretiens 1, 2 et 5 ont été menés en présentiel au cabinet médical. Les entretiens 3, 4 et 13 au domicile des patients. Les autres entretiens ont été menés en distanciel par visio-conférence.

L'entretien le plus court a duré 18 minutes (entretien 10) et le plus long a duré 93 minutes (entretien 1). La durée moyenne des treize entretiens a été de 45 minutes.

En tant que médecin remplaçant dans la structure, j'ai eu l'occasion de voir en consultation avant 2 patients à qui j'ai directement proposé de participer à mon étude. Et ces derniers ont accepté (entretiens 1 et 2).

J'ai directement sollicité neuf médecins (sept en Seine et Marne et deux en Seine-Saint-Denis), en leur demandant de me proposer un patient qui serait potentiellement intéressé par mon étude. Parmi eux, quatre ont donné suite, tous m'ont proposé un patient sauf un (M4) qui m'en a proposé deux. Ce recrutement a permis de réaliser trois entretiens : 3, 4 et 5. J'en ai en effet exclu deux car premièrement, un médecin m'a proposé un patient alors que mon recueil de données était terminé. Je l'ai donc exclu. Deuxièmement, un entretien a été réalisé et retranscrit

en entier avant de se rendre compte que le suivi médical datant de plus de 10 ans n'est plus actuel. Il a donc également été exclu de l'analyse. Ce qui m'a permis d'interviewer la deuxième patiente proposée par ce médecin (M4). Par ailleurs, bien que leur recrutement ait été réalisé différemment, deux patientes interviewées possèdent le même médecin traitant (entretiens 2 et 3 par M2).

Deux patients m'ont été proposés par ma directrice de thèse en dehors de sa propre patientèle et ont accepté de participer à mon étude (entretiens 6 et 8). Cette dernière m'a également recommandé une de ses consœurs qui elle-même m'a proposé une patiente. Cette dernière que j'ai moi-même contacté, a accepté de participer à l'étude (entretien 7).

J'ai personnellement sollicité par message 8 personnes parmi mes connaissances afin de participer à mon étude et/ou de me proposer des personnes à leur tour. Une a répondu favorablement et accepté de participer elle-même à l'étude (entretien 9).

Une de mes proches m'a recommandé 14 personnes de son entourage, que j'ai moi-même ensuite contactées par mail. Quatre ont répondu et accepté de participer à l'étude (entretiens 10 à 13).

Enfin, j'ai mené treize entretiens à l'issue de ce recrutement dont voici les caractéristiques des patients interrogés (**tableau 1**) :

| Numéro de l'entretien | Durée de l'entretien (minutes) | Genre (H/F) | Age (ans) | Médecin traitant | Durée de suivi par le médecin généraliste (ans) | Milieu de vie | Catégorie socio-professionnelle | Antécédents notables |
|-----------------------|--------------------------------|-------------|-----------|------------------|---|---------------|-------------------------------------|---|
| E1 | 93 | H | 62 | M1 | 20 | Semi rural | Retraité – Tourneur | Ablation de flutter atrial, ACFA |
| E2 | 36 | F | 68 | M2 | 35 | Semi rural | Retraîtée - Technicienne de surface | HTA, dyslipidémie |
| E3 | 70 | F | 84 | M2 | 35 | Semi rural | Retraîtée - Assistante de direction | Polyarthrite, hémochromatose |
| E4 | 39 | F | 79 | M3 | 20 | Urbain | Retraîtée | HTA, prothèse totale de hanche |
| E5 | 47 | F | 51 | M4 | 28 | Semi rural | Assistante administrative | Syndrome dépressif, troubles du sommeil |
| E6 | 47 | H | 68 | M5 | 16 | Urbain | Retraité - Cadre dans le BTP | Cardiopathie ischémique, HTA |
| E7 | 36 | F | 49 | M6 | 23 | Urbain | Cadre | Cystites à répétition |
| E8 | 37 | F | 43 | M7 | 16 | Rural | Secrétaire administrative | Syndrome néphrotique idiopathique |

| | | | | | | | | |
|-----|----|---|----|-----|----|------------|--|---|
| E9 | 33 | F | 34 | M8 | 15 | Urbain | Cadre dans la communication | Aucun |
| E10 | 19 | F | 60 | M9 | 30 | Urbain | Aide-soignante | Arthrose lombaire |
| E11 | 32 | F | 76 | M10 | 12 | Semi rural | Retraitée - Chercheuse | Péricardite, prolapsus utérin |
| E12 | 31 | F | 73 | M11 | 40 | Semi rural | Retraitée - Chercheuse | HTA, asthme |
| E13 | 58 | H | 89 | M12 | 20 | Urbain | Retraité – Médecin spécialiste d'organe devenu chercheur | HTA, cardiopathie ischémique, fracture de jambe suivie d'une embolie pulmonaire |

Tableau 1 : Caractéristiques des treize patients interrogés

II. ANALYSE DES DONNEES

A. Les relations médecin-patient : des fondements à la fin annoncée de longues relations

Au travers des treize entretiens, nous avons pu mettre en évidence un processus temporel évolutif à la relation entre le médecin et le patient. Dans ce processus, il y a parfois des souvenirs précédant la première rencontre qui seront importants pour la suite de la relation. Le début est marqué par la première rencontre entre le patient et son médecin. Au cours du temps, la confiance en la personne du médecin augmente en parallèle d'une méfiance vis-à-vis de ses compétences techniques. Différents types de moments marquant la relation ont été pointés par les patients. Enfin, ce processus temporel est marqué par la fin de la relation, différemment vécue selon qu'elle est volontaire ou subie.

1. Le souvenir d'enfance

Deux patients évoquent le souvenir du médecin de leurs parents pendant leur enfance.

Le patient de l'entretien 6 se rappelle la belle impression laissée par ce médecin qui lui a permis de ne pas craindre le corps médical aujourd'hui.

E6 : « (...) pour moi la relation d'un médecin, c'est d'abord très personnel parce que si j'ai un souvenir d'un médecin traitant qui était celui de mes parents, quand j'avais 4-5 ans. Il venait tard le soir, ça date des années 50. C'est pas aujourd'hui ! Mais le problème c'est que ce médecin-là, il venait, on jouait ensemble. Il venait, il nous faisait des piqûres mais je n'ai jamais eu peur d'un médecin parce qu'à chaque fois que le médecin il venait, ça se passait bien. »

La patiente de l'entretien 5 met en opposition la relation que ses parents entretenaient avec leur médecin avec la relation qu'elle entretient aujourd'hui avec le sien.

E5 : « (...) moi je me rappelle pas quand j'allais chez le médecin, que j'étais petite avec mes parents, que mes parents parlaient de leur vie ou quoique ce soit avec le médecin. Je me rappelle c'était le même médecin jusqu'à ce que je sois grande, jusqu'à ce qu'il meure même ! C'est vrai que je voyais pas la relation comme j'ai avec M4 à parler de tout, de ma vie, je voyais pas mes parents parler de leur vie ou de quoique ce soit. »

2. La première rencontre entre le médecin et son patient

Les patients interrogés ont évoqué les déterminants de leur première rencontre avec le médecin et les souvenirs variables qu'ils en ont.

2.1 Entre transmission évidente et choix pragmatique

Pour certains, il s'agit d'une transmission évidente, pour d'autres un choix plus pragmatique.

2.1.1 Une transmission évidente

Le choix du médecin pour certains patients a été facilité par la satisfaction d'un de leurs proches déjà suivi.

E12 : « *Bah il était le médecin de mon mari donc quand on a vécu ensemble, j'ai pris le même médecin que lui, le plus facile. Puis je le connaissais, je le connaissais en dehors, mais je savais qu'il était bon médecin, j'ai jamais eu de problème avec lui.* »

E7 : « *J'avais besoin d'un médecin à l'époque. « Est-ce que tu as un médecin ? », elle¹ m'a dit : « bah écoute, moi je vais voir Dr M6, elle est juste à côté, je la trouve bien ». J'ai pris rendez-vous et j'suis allée la voir.* »

Une autre transmission évidente se passe lorsque le patient accepte le successeur de son ancien médecin comme nouveau médecin généraliste.

E2 : « *Après le Dr M2* est allé à la retraite, c'est le Dr M2 qui a repris, puis on a toujours été avec Dr M2. On n'a jamais changé de médecin.* »

E4 : « *Il est venu me consulter puis quand on est venu habiter à V4, à V4 c'était à côté, donc on l'a connu parce qu'il remplaçait Dr M3*.* »

2.1.2 Un médecin du même genre que soi

Une patiente a choisi son médecin parce que c'était une femme comme elle.

E8 : « *Quand j'ai été vers elle, elle venait de s'installer, c'était une femme en plus, je pense ça a joué.* »

¹ La sœur de la patiente de l'entretien E7

2.1.3 Un choix pragmatique

Celui-ci peut être la volonté de trouver un médecin proche de son domicile :

E1 : « *Je suis arrivé ici en 2000 à VI. En 2000, j'ai acheté une maison à VI. Et euh...comme je vous dis j'ai fait pratiquement tous les médecins de VI et jusqu'au moment où j'ai trouvé le bon. »*

Ou encore le souci de trouver un jeune médecin ayant une longue carrière prévisible devant lui.

E11 : « *Et là on s'est dit faut qu'on en prenne un des trois, ils sont trois, on a pris le plus jeune. C'est comme ça un peu qu'on l'a choisi. »*

Un des patients a rencontré son médecin grâce à la recommandation de son pharmacien en qui le patient a confiance.

E6 : « *(...) donc j'allais voir mon pharmacien à côté de chez moi et puis à force de me voir, régulièrement pour venir chercher les mêmes médicaments, je lui ai dit un jour « est-ce que vous connaissez un médecin traitant qui serait ... ? ». Elle m'a dit oui, y en a un juste à côté de chez vous, elle est très bien. »*

2.2 La première rencontre : un vague souvenir ou des enjeux décisifs pour la suite de la relation

Pour certains, la première rencontre est un souvenir trop flou, d'autres ont le souvenir d'être venus initialement avec un ou plusieurs motifs d'ordre biomédical. Enfin, certains patients se souciaient davantage de leur compatibilité humaine avec le médecin.

2.2.1 Un souvenir trop lointain à se remémorer

Parmi les treize patients interrogés, quatre ne se souvenaient pas de leur première rencontre.

E2 : « *Difficile ... mon fils était malade...ça peut être que ça. »*

E5 : « *Oh non, y a vingt-huit ans c'est trop vieux, je m'en rappelle pas du tout. »*

2.2.2 Une approche biomédicale de la consultation avant tout

Deux patientes interrogées se sont mises en quête d'un médecin avant tout pour continuer le suivi de leurs pathologies chroniques.

E8 : *« C'est vrai quand quelqu'un reprend le dossier alors qu'on a les habitudes et tout... il faut faire attention, il fallait que je sois sûre qu'elle soit bien en lien avec l'hôpital de V8***, qu'elle envoie bien les ordonnances ou les résultats, tout ce qu'elle pouvait voir d'étrange dans mes résultats. »*

E12 : *« J'ai toujours des problèmes respiratoires donc automatiquement je vois un médecin pour que je puisse avoir mon traitement donc quand j'suis venue ici, faut un médecin ici pour continuer mon traitement. »*

Une autre patiente recherchait avant tout la résolution de ses problèmes médicaux plutôt que de créer les bases d'une relation avec ce médecin dans le temps.

E7 : *« A l'époque, je pense que je cherchais juste un médecin qui me soigne quand j'ai un souci. Pas forcément une relation pérenne. »*

2.2.3 Le souci d'une compatibilité entre deux êtres humains

Un patient avait une grosse appréhension en rencontrant son médecin pour la première fois, il ne savait pas si le médecin porterait de l'intérêt à son cas.

E6 : *« Mon attente que j'ai quand je l'ai rencontrée la première fois c'est de savoir si elle allait m'écouter. Et comprendre mon problème. Est-ce qu'elle allait pas me dire « votre cas m'intéresse peu » ou des choses comme ça ? Je viens vous voir, docteur, je suis malade, j'ai telle chose. Pouvez-vous m'aider ? c'est ça que j'attendais, c'est ce qu'elle m'a donné. »*

Pour ce patient, il s'agit avant tout de trouver quelqu'un qui lui correspond, comme lorsqu'il rencontre quelqu'un dans la vie. Il insiste sur l'attitude corporelle du médecin pour expliquer le choix de ce médecin.

E1 : *« Le regard, le sourire. La façon dont il vous écoute, vous parle, la façon dont il vous répond, s'il est attentionné à ce que vous lui dites ou pas. Comme quand on rencontre quelqu'un (rires). »*

Pour une autre patiente, qui craignait le corps médical, elle recherchait un professionnel capable de la comprendre, sans la juger. C'est un moment décisif dans la suite qu'elle donne à la relation avec ce médecin.

E9 : « *Donc il m'a dit « déjà on va faire de l'acupuncture, tu vas peut-être mieux gérer tes émotions » et en fait ce qui est super c'est qu'il m'a pas inquiété. [...] Donc voilà première rencontre et agréable rencontre. Et c'est peut-être pour ça que je continue à le voir après toutes ces années, il sait très bien qui je suis et mon histoire et voilà. »*

Nous l'avons vu, la première rencontre, soumise à des déterminants, a permis à certains patients d'exprimer leurs attentes et de choisir le médecin leur correspondant. A partir de là, le patient et le médecin développent une relation selon un processus soumis au temps.

3. Le processus relationnel entre le médecin et son patient : de la confiance à la méfiance

Ce processus est marqué par l'avancée dans le temps de la relation mais également de deux personnes, parfois à deux vitesses. L'un des deux peut devenir plus vulnérable au cours du temps. Cela n'empêche pas la confiance entre ces personnes de se développer et au patient d'avoir des attentes envers le médecin. Nous verrons que la vigilance du médecin diminuant avec le temps, cela a des conséquences sur la relation.

3.1 Le médecin et le patient vieillissent en parallèle

Le médecin et son patient vieillissent en parallèle. L'un peut ressentir le vieillissement plus rapide de l'autre.

3.1.1 Ils vieillissent ensemble

Dans l'entretien 10, la patiente et son médecin se sont connues alors qu'elles avaient presque le même âge et elles ont eu toutes les deux des enfants à peu près au même moment ; elles semblent vieillir selon deux lignes parallèles.

E10 : « *On a une très bonne relation, je suis avec elle depuis trente ans. Quand je l'ai pris, elle venait juste de sortir de ses études, on avait à peu près le même âge, on a eu une évolution dans la vie un peu parallèle, elle a eu des enfants à peu près au même moment que les miens. »*

3.1.2 Le patient vieillit plus vite que le médecin

Une patiente, âgée de 84 ans ressent avoir physiquement vieilli plus rapidement que son médecin, un décalage moins ressenti initialement.

E3 : « *Il était évidemment plus jeune et il nous ressemblait davantage. Bon c'est vrai que maintenant le décalage se fait beaucoup sentir parce que nous on a vraiment pris un coup de vieux !* »

Cela engendre chez elle des attentes différentes de celles du début du suivi, avec un nouveau besoin d'être rassurée, car surviennent de nombreuses interrogations sur sa santé.

E3 : « *Maintenant vous y allez avec des questionnements dans les yeux, on va parler de yeux parce que maintenant avec les masques, y a plus que ça ! Maintenant, on y va avec un questionnement de demandes de rassurer. On demande à être rassuré, enfin me concernant.* »

3.1.3 Le médecin vieillit plus vite que le patient

Au contraire, un patient s'interroge sur la « sénilité » de son médecin.

E13 : « *Et avec le temps, elle commence maintenant à faire des erreurs, des troubles de mémoire qu'elle compense de son mieux... Nous avons tout doucement géré quelque chose qui est très loin de la sénilité mais qui est une sorte de légèrement moins bonne qualité du comportement médical.* »

Avec le temps, le médecin connaît mieux son patient et inversement, une confiance se développe, renforçant ainsi la relation.

3.2 Une connaissance mutuelle et une confiance au service de la relation et de l'efficacité des soins

Au cours du temps, la connaissance mutuelle se développe entre le médecin et le patient et la confiance des patients envers les médecins est au service d'une plus grande « efficacité » des soins. Les patients deviennent plus indulgents avec leur médecin.

3.2.1 La connaissance exhaustive du patient par le médecin

Plusieurs patients expliquent qu'avec le temps, leurs médecins les connaissent « *de fond en comble* » (E3), à propos de leurs faits médicaux, vie émotionnelle et personnelle également :

E1 : « *On se connaît depuis vingt ans donc on se connaît un petit peu quoi, lui surtout, il connaît un peu tout de moi, ma vie intime, privée, les bons côtés, les mauvais côtés, il connaît tout.* »

E5 : « *Et voilà elle connaîtra peut-être toute ma vie de A à Z parce que c'est vrai que c'est depuis ses débuts. Elle connaît vraiment tout tout tout depuis le début.* »

3.2.2 Une confiance propice à la libération de la parole du patient

3.2.2.1 Réussir à aborder des sujets intimes

C'est cette confiance en l'autre qui permet au patient d'aborder des sujets délicats notamment les problématiques intimes.

E1 : « *Je pense que c'est important qu'il y ait une affinité justement avec le médecin, qu'on se sente bien avec lui, qu'on puisse lui parler de ses problèmes, que ce soit d'ordre sexuel, c'est pas facile d'en parler ou d'ordre... des choses qu'on peut avoir comme problème et puis qui sont difficiles à exprimer donc je pense que c'est très important l'affinité qu'on peut avoir avec le médecin, il faut que ça accroche.* »

E5 : « *Oui parce que je sais que je peux lui parler de tout, elle connaît mon ex-mari parce qu'il vient aussi. Elle sait aussi les relations qu'on avait, elle sait tout ça donc je sais que je peux lui parler de tout sans retenue, sans rien.* »

Cette patiente souligne le processus temporel de la confiance envers le médecin :

E8 : « *En tout cas, en plus quand on se livre pas beaucoup, si on veut aborder d'autres sujets, voilà c'est moins facile au tout début, maintenant elle nous connaît bien. J'ai confiance en elle donc c'est vrai que je me livre peut-être plus facilement.* »

3.2.2.2 Des discussions privées entre le médecin et son patient

Plusieurs patients interrogés disent qu'ils peuvent bavarder pendant la consultation.

E4 : « *On parle de nos vies, moi je lui parle de mon jardin, un moment donné lui aussi. On s'échange certains trucs des fois, on bavarde un petit peu.* »

E6 : « *Quand on se voit, j'ai pas mal voyagé, on parle voyage, on parle tout ça.* »

Parfois, le médecin se laisse aller lui-aussi à des confidences sur sa vie privée.

E9 : « (...) mais c'est quelqu'un avec qui j'ai pu beaucoup parler notamment pour l'acupuncture où il me pose des questions sur mon travail, il me parle de lui, de sa famille. C'est-à-dire moi je parle mais lui aussi me raconte, ça je trouve super, que ça casse la barrière du médecin qui pose des questions mais qui n'échange pas, lui aussi sur sa vie et pourquoi pas ? »

E1 : « Ouais il a pas eu de mal à me parler de ça alors que ça fait partie de sa vie privée aussi. Ou que sa femme adore regarder la Formule 1 ! Il me parlait de sa vie privée aussi mais pas plus. »

Dans une certaine mesure cependant :

E13 : « Ça ne va pas jusqu'à se tenir au courant de nos détails familiaux, il y a quelques allusions par ci par là qui fait que dans les grandes lignes, je sais qu'elle a un mari qui est installé en Normandie, des choses comme ça. »

3.2.3 Des soins facilités et « efficaces »

Chez une patiente, l'approche de son médecin l'a rassurée et a facilité son recours aux soins.

E9 : « (...) je me sentirai jamais jugée parce que pour moi c'est important le jugement. Je suis très sereine quand je vais le voir et y a qu'avec ce médecin que j'suis comme ça. Parce qu'il a des compétences humaines qui me correspondent en tout cas et ça je trouve ça très important. »

Ce patient interrogé exprime quant à lui qu'une relation de qualité, de confiance augmente l'efficacité des soins.

E7 : « Enfin quand on a une relation fluide avec lui, qu'on n'a pas de tabou, où on peut tout dire, je pense qu'il peut mieux vous soigner. »

Cette patiente en ressentant la chaleur de l'accueil de la part de son médecin, a l'impression que la moitié du travail de guérison est fait.

E3 : « (...) qui suit très bien ses clients, qui vous dit à l'entrée « Bonjour Madame ! », « Comment allez-vous ? », et bien moi je trouve que déjà c'est un accueil chaleureux. Vous entrez dans son cabinet, vous êtes pas guérie, mais déjà enveloppée dans un sentiment de confiance, vous vous sentez vraiment en bonnes mains. »

3.2.4 Indulgence du patient envers le médecin

Certains des patients interrogés, qui sont suivis par le même médecin depuis plus de dix ans expriment une indulgence envers eux. Cette patiente reconnaît et accepte les limites de son médecin après qu'il ait donné de sa personne pour aider son proche.

E4 : « *Parce qu'on sait bien qu'on peut pas leur demander la lune non plus. J'aurais pas voulu que mon mari meurt mais il a fait tout ce qu'il a pu pour le soigner toute façon.* »

Une autre patiente est même compatissante de la charge de travail de son médecin.

E10 : « *Bah je pense que c'est bien, je pense qu'à un moment de notre vie, on travaille un peu plus et à partir d'un certain âge, elle a droit aussi à sa vie ! Oui elle a le droit à une journée off pour qu'elle puisse faire autre chose que ses consultations.* »

3.3 Un patient devenant acteur des soins face à la baisse de vigilance du médecin

Des patients interrogés pointent que l'évolution de la relation est également marquée par une baisse de la vigilance de leur médecin généraliste. En écho à cela, des patients deviennent davantage acteurs de leurs soins. Avec le temps, des patients expriment des exigences.

3.3.1 Une vigilance amoindrie du médecin

3.3.1.1 Les écueils de la trop bonne connaissance du patient

Certains patients interrogés pensent que leur bonne connaissance par leur médecin généraliste constitue en parallèle un frein à une attention à l'ensemble de leurs problématiques.

E8 : « *Peut-être que quand ça fait longtemps qu'on va chez un médecin, il nous connaît plus, c'est bien sur certaines choses mais du coup il fait peut-être moins attention à d'autres choses, voilà comment je le ressens.* »

Une certaine « routine » relationnelle s'installe rendant le médecin moins alerte sur la santé de son patient.

E1 : « *Il est peut-être moins attentif, parce que la routine justement.* »

Cette routine rend le patient plus demandeur de soins.

E1 : « *C'est moi qui lui avais demandé depuis plusieurs années de faire des bilans sanguins parce que je trouvais que c'était nécessaire au bout d'un certain nombre d'années.* »

3.3.1.2 Un médecin déboussolé

Cette baisse de vigilance est aussi caractérisée par une passivité du médecin dans des situations précises. Ici, la patiente évoque à son médecin la perte d'un de ses neveux d'une maladie génétique.

E11 : « *Je lui en avais parlé mais il a pas trop accroché, visiblement il était un peu perdu comme nous tous.* »

3.3.1.3 Des consultations de plus en plus expéditives

Certaines patientes regrettent des consultations de plus en plus rapides prodiguées à leur égard.

E9 : « *(...) même si parfois je le trouve un peu expéditif. C'est-à-dire que des fois je lui dis « j'ai besoin de ça, ça, ça », il me demande... enfin il est un peu abusé par rapport à ça, c'est-à-dire que tu lui fais ta liste et il te fait le truc, il t'ausculte pas.* »

E11 : « *Ça dure peu de temps les rendez-vous avec lui surtout quand on n'a rien de particulier, faut que ça aille vite, on a toujours l'impression qu'il faut que ça aille vite.* »

3.3.1.4 L'impact négatif de l'ordinateur en consultation

Pour une patiente, l'attention accordée à l'ordinateur par son médecin est au détriment d'un examen physique plus poussé.

E11 : « *Il passe beaucoup de temps sur son ordinateur, au détriment de l'auscultation, ça, ça me choque un peu. J'en ai un peu pris mon parti mais... Quand y a un stagiaire, alors c'est souvent la stagiaire qui fait le boulot sur l'ordinateur, il lui reste pas grand-chose à faire, c'est pas pour autant qu'il va vous ausculter un peu plus longtemps. C'est pareil.* »

3.3.2 Des erreurs de la part du médecin

La « sénilité » du médecin, dans l'entretien E13, l'amène à faire des erreurs.

E13 : « *Et avec le temps, elle commence maintenant à faire des erreurs, des troubles de mémoire qu'elle compense de son mieux [...] c'est pas une impression mais un constat, que une fois sur deux quand elle me renouvelle une ordonnance, y a des erreurs. Des erreurs de dose ou des erreurs de dates, des petites erreurs carrément il faut lui faire refaire.* »

3.3.3 En réponse, le patient devient acteur des soins

En réponse aux erreurs, le patient se méfie, contrôle les actions de son médecin et n'hésite pas à lui proposer ses propres solutions.

E13 : « *(...) mais ça fait qu'on se méfie un tout petit peu, qu'on lui répète des fois les choses, quand je dis une chose que j'ai dit précédemment, c'est bien de lui redire.* » puis « *à ce moment-là on a fait beaucoup plus attention à filtrer ses conseils et éventuellement réagir pour essayer d'aller un petit peu plus loin avec elle.* »

Il ressort de nombreux entretiens que plus la relation avance dans le temps, plus le patient sera exigeant envers le médecin. Certains patients en viennent à voir des attentes infondées.

3.4 Un patient plus exigeant avec le temps

3.4.1 Une disponibilité rapide du médecin

Avec l'évolution de la relation, les patients souhaitent être pris en charge par leur médecin traitant dans les meilleurs délais sous peine d'être déçus.

E1 : « *Et puis qu'il m'réponde pas tout de suite quoi alors que ça faisait quand même vingt ans qu'il me suit ! Ça j'ai pas trouvé ça cool du tout.* »

E10 : « *Je sais que maintenant, on a de moins en moins de rendez-vous aussi rapides qu'on aurait souhaité.* »

Une patiente va même jusqu'à douter de sa capacité à prendre en charge une situation urgente en raison de son manque de disponibilité.

E11 : « *On a de bonnes relations après est-ce qu'il est suffisamment... je mets pas en doute ses compétences mais il est quand même très pris.* »

3.4.2 Une attention particulière à l'examen physique

Des patientes regrettent que leurs médecins accordent moins de temps à l'examen clinique.

E9 : « *L'attente que j'avais peut-être pas avant, après c'est peut-être parce que je vieillis, où il devrait peut-être plus m'ausculter ou plus regarder.* »

E10 : « *Je trouve court. Parfois j'y vais, elle ne me prend même pas la tension.* »

E11 : « *J'aurais aimé qu'il prenne un peu plus de temps pour vous regarder, pour vous ausculter. C'est vrai que quand j'avais mal au genou, j'sais même pas s'il a regardé mon genou, j'en sais rien. C'est très rare qu'on s'allonge sur la table d'examen.* »

3.4.3 Des attentes « infondées »

Une patiente admet que ses attentes envers son médecin généraliste augmentent avec le temps jusqu'à devenir « infondées ».

E8 : « *Qu'elle se souvienne ou qu'elle sache que telle chose s'est passée, qu'elle m'a donné tel médicament à l'époque, oui ou par rapport aux enfants, y a une suspicion d'allergie à l'amoxicilline. Des choses qui sont quelque part infondées parce qu'après ça a pas... quand elle allume son ordinateur et qu'elle revoit le dossier, tout est marqué dessus. Je pense que c'est infondé mais que finalement au fil du temps... plus la relation s'établit dans le temps, plus on a d'attentes infondées mais plus on a d'attentes.* »

Un patient va même jusqu'à espérer l'irréalisable en comparant son médecin à Dieu.

E1 : « *On vient avec des incertitudes, et des peurs puis on espère. C'est Dieu quelque part, on espère ressortir guéri ! Mais bon vous pouvez pas faire l'impossible.* »

Nous l'avons vu, bien que la connaissance mutuelle et la confiance acquises au cours du temps servent la relation, le médecin peut se trouver vulnérable, la routine s'installe et donc le patient devient plus alerte et sévère envers son médecin à travers de nombreuses attentes parfois « infondées ».

Par la suite, les entretiens, nous ont permis de recueillir les moments marquants de la relation que les patients interrogés entretiennent depuis plus de dix ans avec leur médecin généraliste.

4. Moments marquants de la relation

Les moments marquants, de la relation avec leur médecin généraliste, exprimés par les patients sont de différents ordres :

4.1 Des moments manqués

Pour un patient interrogé, un des moments marquants a été de ne pas avoir été recontacté au plus vite par son médecin généraliste lorsqu'il a été contaminé par la COVID. Des sentiments d'« abandon » et de « trahison » après vingt ans de relation qui ont failli aboutir à la rupture de la relation.

E1 : « *Comme là, là par contre j'étais pas content. Euh... Quand j'ai chopé le COVID, j'ai eu les symptômes le mardi, le mercredi j'ai été faire le test, j'ai eu le résultat jeudi soir, j'ai appelé ici le vendredi, il m'a pas rappelé... (Silence). Le samedi, je me suis carrément déplacé ici alors que j pouvais transmettre le virus à n'importe qui. Je l'ai vu au bout du couloir, il m'avait toujours pas rappelé. Il m'a appelé que lundi matin à 9h. (...) Ouais, on peut appeler ça comme ça. Je me dis qu'au bout de vingt ans, vu comment cette affinité qu'on avait quand même. Ouais un abandon ouais. Une trahison, ouais. »*

Une autre patiente a été atteinte d'une péricardite deux ans auparavant, elle n'arrivait pas à joindre son médecin dans cette situation ce qui a renforcé par la suite son doute vis-à-vis de sa capacité à répondre à une situation urgente.

E11 : « *Par exemple, là quand j'ai eu mon pépin de péricardite, évidemment j'm'en suis passé parce que je pouvais pas le joindre » !*

Dans l'entretien 8, la patiente a été marquée par l'opinion personnelle du médecin en réponse à sa demande de soins. Alors que la patiente souhaitait faire vacciner sa fille contre le papillomavirus, le médecin a refusé de le faire. Ceci a braqué la patiente, qui est allée consulter ailleurs pour réaliser uniquement cet acte.

E8 : « *Et en fait elle était contre ce vaccin-là, elle me l'a clairement dit : « Je suis contre ce vaccin, de toute façon moi j'ai pas fait vacciner mes filles et puis il suffit de lui expliquer à ta fille qu'elle soit pas multipartenaire ! ». Mais elle était vraiment contre ce vaccin : « je vois pas l'utilité de ce vaccin ». Et donc là c'était un peu compliqué pour moi, et du coup j'ai trouvé un médecin à V8** pour faire vacciner ma fille ».*

4.2 Présence lors d'un évènement de vie important

Dans cet exemple, le médecin a été présent lors de la naissance de l'enfant d'une patiente.

E8 : « *Après la naissance, c'est elle qui est venue me voir à la maison, au niveau privé pour voir le bébé, pour voir moi comment j'allais* ».

Ici, le patient a été marqué par l'écoute de son médecin vis-à-vis de ses problèmes d'ordre sexuel.

E1 : « *Ouais, niveau intime, c'était surtout quand je lui ai parlé de ces problèmes avec cette femme-là, j'avais des problèmes d'érection, c'est pas facile à aborder* ».

4.3 Psychothérapie par le médecin généraliste

Le rôle de soutien psychologique par le médecin généraliste à des moments précis, tout au long du suivi est retrouvé dans quatre entretiens, souligné par ces patientes comme moments marquants.

E3 : « *J'ai pas vu de psychologue, j'ai rien vu mais j'ai eu cette aide par mon médecin.* » puis « *Soigner le corps, c'est aussi soigner la tête je trouve.* »

E10 : « *C'est vrai qu'à un moment dans ma vie, elle a pas joué le rôle de médecin traitant mais plutôt la psychologue* ».

Pour une patiente, un des moments marquants de la relation avec son médecin a été le jour où celle-ci lui a proposé un arrêt de travail.

E7 : « *Donc nerveusement, c'est assez compliqué. Donc un jour, je suis arrivée dans son bureau totalement effondrée, elle m'a dit « oula, vous ça va pas, vous je vous arrête trois jours ». Ça m'a fait du bien ! (rires)* ».

Mais également lorsque le même médecin a su la rassurer concernant l'hérédité de la pathologie de sa mère.

E7 : « *(...) elle avait une amylose cardiaque et ils lui ont diagnostiqué aussi un lymphome. Ça s'est pas très bien terminé et du coup c'était un moment assez compliqué. Et du coup... parce qu'un moment les médecins, ils disaient c'est peut-être héréditaire. Elle m'a rassurée là-dessus, dans ce cas-là ça ne l'était pas.* »

Le moment marquant pour une autre patiente a été la reconnaissance de sa souffrance par son médecin. Elle reprochait à ses belles-sœurs de ne pas avoir été assez soutenue lors de la fin de vie de sa belle-mère, allant seule à l'hôpital avec cette dernière. Ce que le médecin n'a pas manqué de faire remarquer aux belles-sœurs.

E2 : « *Le Dr M2, il a même fait la réflexion à mes deux belles-sœurs : « vous avez pensé à votre belle-sœur quand même ? ». Ça marque quand même ça. Il m'avait bien vu que c'est moi qui...alors que les deux filles (bruit de bouche indiquant *niet*) ».*

4.4 Accompagnant des proches en fin de vie

Deux patientes ont été marquées par la sincérité et prise d'initiative dont a fait preuve leur médecin lors de la fin de vie d'un de leurs proches.

E2 : « *Le docteur il est venu, Dr M2 puis il a dit : « vous savez, c'est la fin, c'est la fin de vie faut l'amener à l'hôpital » ».*

E12 : « *J'ai perdu mon mari d'un cancer, il était jeune, il avait 39 ans, c'était déjà notre médecin, c'est lui qui a géré, il a pas fait de mélange, les symptômes de mon mari, toute ma famille n'en a pas été informée ».*

4.5 Aide à la décision en santé

Dans l'entretien E8, la patiente explique que la discussion avec son médecin lui a permis d'ôter les derniers doutes quant à la suite à donner au retrait de son dispositif intra-utérin : poursuivre une contraception ou arrêter totalement dans l'optique d'une grossesse.

E8 : « *Ouais je savais pas comment faire, je savais pas si je passais à une autre contraception derrière. J'étais pas réticente à l'enlever, ma décision était prise mais me retrouver après sans contraception, c'était pas tout à fait clair dans ma tête. Finalement, on a discuté, elle me l'a enlevé, parce que j'étais ok. Finalement j'étais tombée enceinte derrière donc grossesse désirée. Pour moi c'est vraiment le souvenir marquant de ces seize dernières années. »*

4.6 Réponse à l'urgence réelle ou ressentie

A la question des moments marquants dans la relation qui unissent le médecin et le patient, ce dernier a parfois concédé que les moments marquants correspondent à des événements pathologiques importants le concernant ou concernant ses proches.

Dans E13, le patient dit : *« Je crois que les moments marquants, ça venait pas d'elle, ça venait de notre pathologie qui est passée par un certain nombre de périodes plus ou moins difficiles. »* Il explique ensuite : *« Quand j'ai eu deux accidents un peu rapprochés, qui ont chaque fois entraîné un certain degré d'œdème pulmonaire, là on est venu me chercher, le Service d'Aide Médicale d'Urgence et tout ça. C'est le déroulement de ces évènements de type urgence qui m'ont laissé des traces bien marquées. »*

Pour la patiente de l'entretien 4, c'est la prise en charge de son mari en urgence qui l'a marquée. E4 : *« Une année pour partir en vacances, il dit « bah tiens faut que j'aïlle faire un renouvellement d'ordonnance », il lui prend sa tension, et il n'avait plus que 27 pulsations. Il lui dit « non je vous fais pas votre ordonnance, vous partez pas en vacances ». Il appelle le cardiologue et le lendemain il était rentré puis on lui mettait un pacemaker. »*

L'évocation des moments marquants par les patients ne les empêche pas de se projeter vers la fin de cette relation.

5. Entre choix du patient et rupture subie : une rupture annoncée

Pour certains patients, cela résulte d'un choix. Pour d'autres, la rupture de la relation est subie.

5.1 Une fin de relation décidée par le patient

Lorsque le médecin se met à commettre des erreurs ou à omettre certaines choses, le patient s'interroge sur la suite à donner à sa relation actuelle.

E13 : *« c'est pas une impression mais un constat, que une fois sur deux quand elle me renouvelle une ordonnance, y a des erreurs. Des erreurs de dose ou des erreurs de dates, des petites erreurs carrément il faut lui faire refaire. Ou alors la première fois que je vais chez le pharmacien, il téléphone pour demander si cette chose-là c'est bien ce qu'elle dit. Ça c'est juste dans l'actualité. Il se trouve qu'à nous deux, on est assez vigilant si moi j'ai une opinion un peu marquée, on discute entre nous avec A.², le dialogue fonctionne bien et remet facilement les choses en place. Et on se dit, va falloir qu'on pense à la quitter. »*

² L'épouse du patient

Le sentiment d'abandon ressenti par le patient du premier entretien l'a poussé à chercher un nouveau généraliste :

E1 :

Patient : *« Je voulais changer de généraliste.*

Chercheur : *C'est allé jusqu'où cette démarche ?*

Patient : *J'ai appelé et ils m'ont dit : « non, on prend plus personne ».*

Chercheur : *Vous pensez que si un médecin que vous aviez appelé, vous aurait dit oui, vous auriez vraiment changé de médecin ?*

Patient : *On m'a dit oui, je serais allé voir ailleurs. »*

5.2 Une fin de relation subie par le patient

Des sentiments forts émergent chez certains patients lorsqu'on évoque le sujet de la retraite de leurs médecins : un sentiment de « catastrophe », « de la peine ».

E7 : *« Elle m'a appris qu'elle prenait sa retraite, c'est une catastrophe ! (rires). »* puis *« Bah ça me fait de la peine parce que je la verrai plus en fait. »*

Cela engendre une peur chez cette patiente :

E3 : *« Je n'ai qu'une trouille, je vais le dire tout à fait entre nous, c'est que le Dr M2 prenne sa retraite et je sais pas qui c'est qu'il mettra à la place. »*

Un déménagement, par exemple, contraindrait cette patiente à devoir trouver un autre médecin.

E5 : *« Ou alors je sais pas... y a que ça qui pourrait me faire changer de médecin, c'est si je déménage loin. »*

B. Des relations singulières

La relation qui lie le patient à son médecin généraliste est propre à chacun. Il y a des relations médecin-patient singulières. Nous verrons que quelques patients ont du mal à définir jusqu'où va leur relation, puis nous observerons que le statut du patient (éventuellement en lien avec son passé) crée une relation particulière avec son médecin. Aussi, un patient compare la relation avec son médecin avec une relation privée de couple. Enfin, nous mettrons en avant des patients instaurant des limites, des règles dans le curseur d'intimité relationnelle avec leur médecin.

1. Une relation affective difficile à définir

Les patients suivants ont comparé la relation avec leur médecin à celle qu'ils auraient avec un ami ou un membre de leur famille mais par une comparaison négative.

E1 : « *Je dirais pas qu'on arrive comme chez un copain mais presque quoi.* »

Il ne fait pas partie de ses amis mais ce patient affectionne son médecin comme tel.

E3 : « *Je voudrais pas dire c'est un ami parce que le terme n'est pas bien choisi mais dans l'échelle de graduation de sentiments si vous voulez, il est au niveau des amis.* »

Le médecin M6 est une confidente pour sa patiente ce qui la rapproche d'une « copine ».

E7 : « *et j'ai l'impression que je peux tout lui dire, je la considère un peu comme une copine. Le Dr M6, c'est ma copine !* »

La connaissance du médecin par sa patiente, le ferait presque considérer comme un membre de la famille.

E2 : « *(...) comme on le connaît depuis...il fait pas partie de la famille nan bien sûr mais ...* »

2. Un respect hiérarchique issu du monde hospitalier

Dans l'entretien E4, la patiente est une aide-soignante retraitée d'un hôpital psychiatrique. Cela influe sur la façon dont elle appelle son médecin généraliste, à savoir « Monsieur ».

E4 : « *Bon bah c'est pareil, je pouvais pas le faire aller, j'appelle « Monsieur »*

M3. Je dis souvent monsieur, vu que je travaille avec des gens... »

Elle justifie cette appellation par la relation qu'elle entretenait avec les médecins dans sa profession.

E4 : « *Bah parce que j'ai eu l'habitude tellement de travailler avec des docteurs. J'ai eu la chance, j'ai travaillé avec beaucoup de médecins avec qui je m'entendais bien.* »

Forte de cette entente et l'expérience acquise en milieu hospitalier, la patiente émet des propositions à son médecin concernant la prise en charge. Malgré cela, elle garde confiance en lui. Elle concède ne pas être un « bon patient ». Ce passé de soignante interfère dans la décision thérapeutique finale.

E4 :

Patiente : « *Des fois ça m'arrive de lui dire : « pourquoi vous faites pas ... on pourrait peut-être faire ça. (rires)*

Chercheur : *On pourrait peut-être faire ça, c'est-à-dire ?*

Patiente : *Prendre certaines choses, bah il me dit « non, je préfère autre chose ». « Bon bah je vous fais confiance et puis c'est tout » ! Parce que vous savez les soignants, on n'est pas des bons ... (essaye de se remémorer) ça modifie les données quand même. »*

Elle a réussi grâce à son passé hospitalier à être plus à l'aise et à discuter comme avec un collègue avec son médecin traitant.

E4 : « *Et ben j'ai eu l'habitude de discuter facilement avec les médecins. »*

3. Une confraternité bienveillante et risquée

Le patient de l'entretien E13 est un médecin spécialiste d'organe devenu chercheur, actuellement retraité. Ce patient perçoit les limites de son médecin et les accepte.

E13 : « *J'ai de l'estime pour elle. Depuis longtemps j'ai l'impression de connaître ses limites professionnelles, de pas penser qu'elle est un bon médecin en tous points. Je n'ai aucune déception de ce qu'elle a fait pour moi. »*

Il explique juger le travail de son médecin avec un esprit confraternel.

E13 : « *Mais c'était pas un jugement méprisant de ma part, c'était plus confraternel que le prof qui juge les étudiants » ; « Finalement, vous voyez ce que j'ai en tête pour en parler, c'est une relation humaine entre deux confrères. »*

Sa femme est aussi suivie par le même médecin. Il a éprouvé des difficultés à discuter de certains points concernant la santé de son épouse.

E13 : « *Et donc je me souviens avoir eu du mal à échanger avec elle sur différents points qui concernaient la santé d'A.³».*

Il explique s'être ajusté et avoir évité un rapport de pouvoir et de confrontation, qu'il estime être un écueil :

³ L'épouse du patient

E13 : « *Pour moi y avait sûrement un risque de me laisser aller à jouer la supériorité. Et je pense pas que j'ai ignoré ce risque ou que j'ai été humainement incorrect de ce point de vue-là. Mais j'aurais pu, j'en avais la capacité. Le type qui a la mentalité d'un prof qui sait juger les gens* ».

4. Médecin et voisine

Une des patientes interrogées (entretien E8) était amenée à fréquenter son médecin en dehors du cadre de la consultation du fait du même lieu de vie : « *En plus c'est une de mes voisines, donc du coup on se fréquente en dehors du rôle médecin-patient.* »

A travers le lien qui s'est créé entre les deux, il était convenu que la patiente pouvait se rendre au domicile personnel du médecin pour un souci de santé concernant un des enfants de la patiente. La proximité géographique rassurait également la patiente.

E8 : « *(...) c'était important de savoir qu'elle pouvait être disponible et que si un week-end ça allait pas je lui passais un petit coup de fil, je pouvais aller monter chez elle, pas dans son cabinet et elle pouvait tout de suite me rassurer.* »

5. Un accès privilégié aux soins et une littératie en santé renforcée

Le patient de l'entretien E6 est marié à une femme médecin de profession qui exerce une spécialité d'organe. Tous les deux ont le même médecin traitant.

Il explique qu'autrefois, il avait un accès privilégié aux soins dans le cabinet où exerçait son épouse.

E6 : « *Il suffisait que je passe au cabinet, étant le mari d'un médecin du cabinet, y avait deux généralistes, un rhumato, un dermat. Je n'ai jamais eu de question à me poser.* »

Il était également dispensé de régler sa consultation.

E6 : « *et ce que je vous disais le fait que mari de médecin, il était inenvisageable qu'on paye une consultation parce que c'était comme ça la médecine dans le temps.* »

Grâce à cette relation, la littératie en santé de ce patient est renforcée. En effet, c'est un usager mieux informé grâce à sa femme :

E6 : « *D'abord j'ai compris plein de choses que je ne soupçonnais pas déjà.* »

Il explique avoir recours à bon escient à la médecine :

E6 : *« Puisqu'elle est médecin traitant de mon épouse, elle sait que je connais le problème de la médecine et que c'est pour aller chercher un médicament à titre... elle sait que si je l'appelle, c'est que j'ai besoin de quelque chose ou que j'ai quelque chose. »*

Il respecte les thérapeutiques proposées par sa généraliste et considère que cela fait de lui « un très bon patient » :

E6 :

Patient : *« ... avec un phénomène très particulier c'est que je suis un très bon patient.*

Chercheur : *C'est-à-dire ?*

Patient : *C'est-à-dire, ce qu'on me donne, je le prends. Je cherche pas à savoir, à vérifier sur Internet si y avait autre chose, c'est pas la bonne dose (...)* »

6. La séduction au sein de la relation

Le patient de l'entretien E1 a une vision singulière de la relation avec son médecin.

Il a été fortement séduit par la personne qu'il avait en face de lui lors de la première rencontre.

E1 : *« Je peux pas définir il y a vingt ans qu'est ce qui m'a fait craquer sur ce médecin là et pas un autre. »*

Cette relation est comparée aux vagues de hauts et de bas d'une relation de couple en vie réelle.

E1 : *« C'est comme quand on est en couple, y a du positif et du négatif, mais si y a plus de positif que de négatif on reste avec. Parce que rien n'est parfait, rien ne peut être parfait, donc j'accepte ses erreurs quand même. »*

A côté, le patient est aussi capable de le considérer comme un ancien ami.

E1 : *« Ça se passait cordialement, on se quittait avec un grand sourire, comme deux vieux potes et qu'on allait bientôt se revoir. »*

7. Des règles tacites garantes de la confiance du patient envers le médecin

Ces patients se fixent des limites dans le degré d'intimité de la relation avec leur médecin.

E1 : *« C'est agréable d'avoir ce niveau (silence) je peux pas appeler ça d'intimité mais ce niveau de copinage un petit peu mais tout en respectant chacun sa place. Je garde le respect du toubib-patient. Mais on est arrivé à un stade où on arrive à parler un petit peu chacun de*

sa vie. Sans trop rentrer dedans parce que après on a gardé tous les deux notre distance. Quelque part, on n'a pas voulu que ça aille plus loin. »

E3 : « Je pense qu'il faut avoir une discipline à savoir que le médecin, c'est le médecin, faut pas copiner entre guillemets avec ... sauf si par affinité, vous devenez amis, c'est différent. Y a le respect qui fait que y a un mur et que on plaisante beaucoup mais c'est le Dr M2, c'est le monsieur. Il a quand même son auréole de médecin vous voyez. »

Le risque pour le patient de l'entretien E6 d'avoir une intimité trop poussée avec son médecin est de perdre confiance en lui.

E6 : « J'aurais peur de perdre la confiance. Je suis assez carré, pour moi c'est ça. C'est pas une personne que j'inviterais chez moi pour passer des vacances, c'est le médecin qui est là pour me soigner, qui a accepté de me prendre et est là pour me soigner. »

8. Un lieu de soins et un lieu de bavardages

Deux patientes avancent qu'il y a bien une distinction entre leurs discussions dans le cadre de la consultation et en dehors.

Dans l'entretien E8, bien que la patiente et son médecin soient voisines, lors de leurs sorties ensemble, les sujets médicaux sont soigneusement évités.

E8 : « Ça se passe très bien, on parle pas de nos consultations quand on se voit comme ça mais pour le coup, c'est sympa. »

E8 : « On va finir la consultation en se disant, « bon bah quand est-ce qu'on se voit ? » mais sinon la consultation reste la consultation. Y a ce moment vraiment professionnel, patient et médecin. »

Dans l'entretien E12 où la patiente est la cousine de son médecin généraliste, il est mis en exergue une dichotomie bien établie entre le professionnel et le membre de la famille.

E12 : « Quand on est en famille, on parle pas de nos petites maladies, c'est vraiment bien séparé, c'est pas du tout mélangé. » puis « Je trouve pas, il a son rôle de médecin et son rôle familial. Je trouve pas qu'il y a un mélange. S'il a quelque chose à me dire, il va me le dire. »

DISCUSSION

I. LIMITES ET FORCES DE L'ETUDE

A. Les limites de l'étude

1. Biais liés au mode de recrutement

Recruter des patients à interroger sur mon sujet de recherche n'a pas été chose aisée. Le but initial était qu'un médecin ne soit l'objet que d'un seul entretien. Face à la difficulté de recrutement, deux entretiens (E2 et E3) se réfèrent au même médecin (M2). Cependant, les données recueillies sont variées, le vécu de chacun étant singulier.

Étant remplaçant dans la structure au moment de l'étude, j'ai pris l'initiative de poser directement la question aux patients des deux premiers entretiens (E1 et E2). Ce sont deux patients que j'avais déjà eu en consultation quelques fois et il était donc plus facile pour moi de leur proposer de participer à mon travail. Se connaissant déjà, on peut supposer qu'il a été sûrement plus facile pour eux de me confier leur vécu avec des aspects positifs et négatifs de la relation avec leur médecin. Nous pouvons cependant le voir sous l'angle opposé : les patients ont pu me voir comme un médecin et non comme un chercheur et ainsi censurer leur discours pour me plaire ou éviter des conséquences néfastes dans notre potentielle future relation médecin-patient.

Dans une volonté d'adopter une posture de chercheur plus neutre, j'ai souhaité ne plus recruter moi-même les patients mais demander à des médecins que je connaissais de me proposer un patient de leur choix pour les entretiens 3 à 7 (patients des entretiens 6 et 7 en dehors de la patientèle de ma directrice de thèse). Ce sont des patients informés par leur médecin et qui ont par la suite donné leur consentement à l'étude. Nous pouvons nous poser la question des déterminants du choix du patient par son médecin : est-ce un patient avec qui le médecin entretient une relation particulière ? cela influencera-t-il dans un sens les réponses du patient ? Il a en effet davantage émergé des aspects positifs de la relation chez ces patients interrogés. On peut supposer que les réponses auraient été différentes si les patients avaient été recrutés sans passer par l'intermédiaire de leur propre médecin.

L'entretien 9 a été réalisé auprès de la compagne de mon cousin. Cependant, je n'ai ressenti aucune gêne et cette dernière m'a affirmé qu'elle non plus. De façon consciente du moins, nous n'avons pas semblé censurer nos propos.

Les patients des entretiens 10 à 13 m'ont été proposés par une de mes proches, ils ont été informés sur le principe général de ma démarche mais je leur ai donné ensuite une information claire et précise afin de recueillir leur consentement. Une des limites à ce mode de recrutement s'est fait ressentir lors de l'entretien 10. Lorsque je lui ai posé la question des moments marquants, la personne interrogée m'a évoqué des étapes difficiles dans son rôle de mère où son médecin l'a beaucoup aidée par ses paroles. J'ai ressenti sa réticence à ne pas en dévoiler davantage et je n'ai pas eu le courage de lui demander d'étayer son propos. Probablement freiné par la relation que cette patiente entretient avec ma proche l'ayant recrutée, je me suis auto-censuré. Pour remédier à cela, nous avons décidé de mener un treizième entretien qui nous a permis d'arriver à une suffisance des données. Pour les autres patients, je n'ai pas eu de difficulté à mener les entretiens.

2. Une question qui pose question

Une question posée lors des entretiens a posé des problèmes à beaucoup de patients : celle où j'interroge sur les effets de la relation avec leur médecin sur eux ou leur évolution personnelle. Leur réponse s'est révélée soit très affirmative par la négative soit approximative ne permettant pas d'obtenir des données. Le patient de l'entretien 13 a même eu une réaction étonnante en déclarant : *« Avec moi...ça paraît outreucidant de dire ça, j'avais pas besoin qu'elle m'influence, on était en phase et puis voilà. Et même si je pouvais me permettre d'être un tout petit peu ironique, si quelqu'un veut influencer l'autre, c'est plutôt moi (rires). »*

Cette question apparaît non pertinente et mal formulée. Elle découle d'un *a priori* des deux chercheurs. Malgré la déconstruction des *a priori* en amont des entretiens, cette question a persisté et c'est en analysant les entretiens que nous nous sommes rendu compte que cette question était mauvaise et basée sur nos propres *a priori*. Nous avons alors continué tout le long du travail à déconstruire ensemble, même à la relecture de la rédaction.

3. Inexpérience du chercheur principal

Pendant les deux voire trois premiers entretiens, avec le regard de ma directrice de thèse, nous avons remarqué que j'induisais certaines réponses de patient à travers mes relances. Bien que j'aie préalablement réalisé une déconstruction de mes *a priori*, ma première expérience de chercheur m'a amené à agir ainsi. Après debrief avec ma directrice de thèse, j'ai su rectifier cela au fur et à mesure des entretiens pour arriver à mener des entretiens moins inductifs. J'ai eu une façon différente de poser les questions, elles sont devenues plus ouvertes pour les entretiens suivants. Ma posture de chercheur en venait à être renforcée.

4. Biais de mémorisation

Plus la durée de suivi d'un patient auprès d'un médecin est importante, plus le biais de mémorisation pour le patient est grand. Je m'en suis surtout rendu compte lorsque je posais la question du souvenir de la première rencontre. Ce biais a été encore plus important dans l'entretien 4 car le souvenir chez la patiente de son mari décédé a engendré beaucoup d'émotion pendant l'entretien. Elle a dû reprendre ses esprits à plusieurs reprises afin de poursuivre son propos.

5. Biais lié au mode de recueil des données

En raison de contraintes géographiques, de temps et de disponibilités de lieux, les entretiens 6 à 12 ont été menés en visioconférence. Aucun problème majeur de connexion n'a interféré avec le bon déroulé des entretiens, en revanche, je pense que le fait de ne pas voir le patient en entier et ses expressions corporelles ne m'a pas permis de ressentir aussi bien les émotions des patients qu'en présentiel. En parallèle, la visioconférence a probablement contribué au relâchement et à la bonne disposition du patient, qui ne me connaît pas, qui est dans son environnement choisi et disposé à échanger.

B. Les forces de l'étude

Recueillir l'évolution de la relation singulière médecin-patient au cours du temps vue par le patient est un sujet qui semble n'avoir jamais été traité (d'après nos recherches bibliographiques), original et aborde un thème essentiel en Médecine Générale. C'est un thème

qui me tient à cœur, sur lequel je voulais en faire ma thèse et je suis fier d'avoir pu mener ce travail au bout.

Nous voulions une évolution du vécu le plus singulier possible et interroger des patients s'est révélé certes moins évident en termes de recrutement mais plus judicieux pour répondre à la question. Chaque patient avec ses mots, ses émotions qu'il transfère à son médecin et son histoire, a contribué à l'enrichissement des données.

La diversité des âges des patients, de leur durée de suivi et de leurs pathologies ont contribué à la richesse des points de vue exprimés.

Cette étude peut simplement être une lecture curieuse et attentive pour le lecteur médecin généraliste du ressenti de patients. Ce travail peut également avoir un intérêt dans la formation des jeunes médecins généralistes à la communication et à la relation thérapeutique au sein de la faculté.

II. DISCUSSION DES RESULTATS

A. Une rencontre pas anodine

1. Le souvenir du médecin d'enfance

Nous l'avons vu dans les entretiens 5 et 6, les patients font un parallèle entre le médecin traitant qui les suit actuellement et le médecin de leur enfance. Ils sont à la recherche d'une expérience similaire ou contraire en comparaison au médecin d'enfance, ce qui participe à la construction pour le patient de la représentation d'une relation médecin-patient qui lui convienne.

Dans E6, cette sensibilisation au médecin de l'enfance était une expérience agréable ayant des conséquences aujourd'hui qui sont une facilité auprès des médecins et la recherche d'un lien semblable. Cela est en concordance avec le témoignage de Marc Zaffran, dans son essai *Profession Médecin de famille* (20), qui explique, alors âgé de treize ans, se rappeler de son père médecin faisant des visites à domicile. Il dit n'avoir jamais craint les médecins et a assimilé son père à une « figure paternelle bienveillante ».

La patiente de l'entretien 5 décrit une opposition de style entre son médecin actuel plus prolixe, plus ouvert aux discussions diverses que le médecin de ses parents. Cette différence de relation entretenue avec son médecin d'enfance n'a en tout cas pas eu d'impact sur la continuité de la relation et la confiance maintenue à son médecin actuel. Au contraire, cette comparaison lui permet de valoriser sa relation actuelle.

2. Le choix de son médecin généraliste

Les déterminants du choix du médecin traitant au début de la relation semblent avoir un impact sur la continuité du suivi.

Dans l'entretien 8, l'importance que la patiente accorde au genre de son médecin est forte. Ce dernier a sûrement contribué à aider la patiente dans la réflexion autour de son mode de contraception ainsi que dans le soutien apporté à son rôle de mère. Ceci fait écho à une étude qualitative menée par Lydia Brispot en 2013 (21), qui a recueilli près de 7000 questionnaires anonymes auprès de patients consultant un médecin généraliste femme en Midi-Pyrénées. Le genre féminin de leur médecin a influencé 31 % des personnes interrogées dans le choix de leur médecin. Les femmes interrogées dans cette étude ont déclaré pour 45 % d'entre elles préférer consulter un médecin de genre féminin pour des problèmes psychologiques, 51 % pour un besoin de discuter, 66% pour un problème intime. Dans l'étude menée par Audrey Ferrier en 2019 (22), qui a interrogé 500 patients anonymement sur les déterminants du choix du médecin traitant, le genre était un critère secondaire de ce choix (12% des sondés l'ont mis en avant), au même titre que l'âge du médecin, ou le choix du médecin qu'ils avaient depuis l'enfance.

Les critères pragmatiques du choix du médecin traitant par les patients de notre étude (recommandation du médecin par le pharmacien de proximité (E6), proximité géographique (E1)) se retrouvent dans la littérature. Dans une étude transversale menée par Brice Merit en 2014 (23), à travers 400 questionnaires anonymes distribués dans 4 cabinets vendéens, les critères de réputation du médecin, de transmission d'un médecin à un autre ainsi que la proximité géographique sont les plus mis en avant.

B. La relation s'écoule

1. Réflexion sur le temps qui « passe »

Nous avons étudié le vécu de l'évolution de la relation médecin-patient au cours du temps. Etienne Klein, physicien, et docteur en philosophie des sciences a consacré plusieurs ouvrages à la question du temps. Dans *Le temps (qui passe ?)* (24), il questionne la notion du temps qui passe : « Par exemple, nous proclamons sans hésiter que « le temps passe », au motif que c'est la notion de passage qui caractérise le mieux la dynamique même du temps. Comme s'il y avait effectivement quelque être propre qui soit sujet à « passer ». Mais est-il vrai que le temps passe ? »

Pour E.Klein, le temps est « une *circulation* qui oblige chaque évènement advenant à appartenir tour à tour à l'avenir, au présent et au passé, il est en somme ce qui fait passer toute chose. Mais de là à dire que c'est le temps lui-même qui passe, il y a un pas que le langage courant nous incite à franchir trop facilement. » Il apporte une nuance en nous éclairant sur le fait que c'est plutôt la réalité qui « passe » : « Si l'on considère que le temps est ce par quoi chaque instant présent cède la place à un autre instant présent, c'est justement du fait de sa présence constante que les choses ne cessent de passer. Mais alors, ne devrait-on pas plutôt dire que c'est la réalité tout entière qui « passe » et non le temps lui-même, qui ne cesse jamais d'être là à faire passer la réalité ? ».

Une autre notion qu'il aborde est celle du temps comme « une prison à roulettes dont on ignore ce qui la fait avancer » ! Le temps serait une prison car « nous ne sommes pas libres de choisir notre position dans le temps : nous sommes dans l'instant présent et nous ne pouvons pas en sortir. (...) nous ne pouvons pas modifier notre âge, ni décaler notre date d'anniversaire. (...) Nous pourrions revivre les mêmes *choses* qu'hier mais pas les mêmes *instants*. Autrement dit, quand des événements se répètent, le temps, lui, ne se répète pas. (...) Nous sommes condamnés à le suivre, à suivre son cours, sans rien pouvoir changer au rythme qu'il nous impose ni à la place qu'il nous assigne. » Cette prison du temps est à roulettes car « elle est capable d'avancer. Le temps va de l'avant. Il nous porte du présent vers le futur. » Il ajoute puis développe ensuite : « Toute la question est ensuite de savoir ce qui peut bien faire avancer le temps à un rythme constant, et c'est là que les choses se corsent » !

Le patient et le médecin sont eux-mêmes pris dans cette prison à roulette qu'est le temps, mais il existe heureusement des portes d'entrées et de sorties à leur relation !

2. Le médecin devient vulnérable et en vient à commettre des erreurs

Du latin *vulnus*, *vulneris* (la blessure) et *vulnerare* (blesser), être vulnérable c'est être exposé à la douleur physique, à la maladie (25). Le patient de l'entretien 13 pointe du doigt les traits de sénilité de son médecin qui ont pu l'amener à commettre des erreurs. Il le dit, cela a engagé la confiance qu'il avait en elle jusqu'à maintenant et sa réflexion en vue de changer de médecin.

Ce point nous questionne sur la vulnérabilité du médecin.

Dans le film *La maladie de Sachs* (26), Bruno Sachs, médecin généraliste, interprété par Albert Dupontel, reçoit dans son cabinet toute la souffrance, l'inquiétude, les sentiments que les patients déposent en lui. Happé par toute cette détresse, il écrit, enregistre sur un dictaphone ses ressentis même les plus profonds lors de consultations servant ainsi d'exutoire.

Dans le podcast *Quand le médecin tombe malade* du 10 Avril 2002, de la série *Soignants en souffrance* sur France Culture (27), la journaliste Lenora Krief dit qu'« un médecin malade représente un paradoxe en soi. Pourtant nul individu, soignant ou non soignant ne peut échapper aux affections, aux accidents, à la vieillesse ni même à la mort. » Un médecin généraliste dénommé Michel (souhaitant rester anonyme), témoigne de son expérience d'un cancer. A la question du vécu assis à la place du patient, Michel répond : « Hyper angoissante, très angoissante. Comme je le dis souvent quand on me pose la question, le médecin à la différence du patient lambda, est au courant de tout, sait tout et donc à l'affût de tout, donc il est beaucoup plus angoissé, il sait ce qui peut lui arriver. ». Cela a une influence sur la façon dont il reçoit à son tour des médecins malades : « j'ai quelques médecins malades qui me voient et à ce moment-là j'éprouve ou j'utilise davantage l'empathie qu'une autre personne parce que je sais que ça pourrait être moi et que le médecin est plus angoissé que n'importe qui et donc je crois que le médecin malade doit être encore plus entouré que les autres. »

A contrario, une autre intervenante, Michèle Levy-Soussan, chef de service en soins palliatifs à la Pitié Salpêtrière évoque la difficulté du soignant à se penser souffrant : « je crois qu'un des premiers moments, c'est la difficulté à se penser en souffrance dans la position de soignant, comme si le fait d'avoir fait le choix d'être soignant venait presque exclure la position de souffrant. J'ai entendu une fois un étudiant en riant, dire : « j'ai hésité entre être malade et être médecin, j'ai choisi d'être médecin. » »

Comme le mettent en avant Cynthia Fleury et Valérie Gateau (28), certains médecins montrent une dénégalation de leur propre vulnérabilité ainsi « cela suppose de séparer nettement santé et maladie, autonomie et dépendance, et cela contribue à maintenir le silence sur la souffrance professionnelle des soignants. » Un exemple de cette dénégalation nous est donné dans le film *Médecin de campagne* (29). Jean-Pierre Werner, interprété par François Cluzet, apprend au début du film être atteint d'une tumeur maligne cérébrale temporale gauche. Son oncologue le conseille et envoie une remplaçante pour l'aider. Jeune médecin en fin d'internat, venant du milieu hospitalier, Nathalie Delezia souhaite devenir médecin de campagne. Jean-Pierre refuse initialement l'aide que lui apporte cette médecin, ne veut dire à personne qu'il est malade et dit que tout va bien malgré ses séances de chimiothérapie entamées. Toutefois, avec les premiers symptômes de cacosmie et d'hémianopsie, Jean-Pierre se rend davantage à l'évidence et Nathalie gagnera la confiance de Jean-Pierre au fil des consultations.

Ce phénomène est aussi expliqué par Pascale Molinier, psychologue (30) : « Il s'agit de réduire les marges d'identification possible avec les malades, de se sentir fort et en bonne santé, non menacé par l'ensemble des maux dont on a connaissance. »

Dans son livre intitulé *Guérir et mieux soigner* (31), Pascal Hammel, gastro-oncologue, relate son expérience de la maladie. Il a été atteint d'un lymphome en 2004, au cours de son exercice professionnel et a fait de cette vulnérabilité une force, celle de mieux comprendre le vécu de ses patients : « En ce qui me concerne, il est désormais des réactions psychologiques que l'expérience acquise à travers la dureté des traitements et la trouille de mourir me permet de mieux décrypter. » Pr Hammel ajoute : « Toutefois, il est faux de dire qu'un médecin qui n'a jamais été malade est incapable de comprendre ses patients, et heureusement ! Le médecin a besoin de soignants jeunes et en pleine forme, pleins d'énergie et porteurs d'espoir, capables d'être en empathie avec une intelligence projective qui les pousse à « s'imaginer à la place » du malade sans forcément l'avoir été eux-mêmes ! »

Cette vulnérabilité du médecin peut avoir des conséquences sur la prise en charge des patients et sur la relation médecin-patient en général. Le médecin risque de commettre des erreurs. C'est ce qu'évoque très précisément le patient de l'entretien E13.

Malgré tout, le médecin qui commettrait une erreur n'entraînerait pas forcément rupture de la relation de la part du patient victime. Dans la revue *Le Un* numéro 224 (32), Frédéric Worms, philosophe, à la question de savoir si le médecin a le droit à l'erreur, répond : « Le médecin a

des obligations et suit des règles, bien sûr : obligations éthiques, de procédures, d'écoute, de mise en œuvre de tout son savoir, de prudence et de précaution. S'il a fait tout ce qui était en son pouvoir, l'erreur, même quand elle s'avère tragique, pourra être dépassée et ne pas menacer la confiance du patient en lui ou en la médecine. C'est pourquoi il ne faut pas, je crois, parler de droit à l'erreur. Il ne s'agit pas de revendiquer un droit, mais de reconnaître les risques, de tout faire pour les empêcher et les surmonter. C'est ainsi qu'une erreur, qui est toujours possible, reste compatible avec la confiance, qui est toujours nécessaire. » Nous comprenons donc bien que ce serait la répétition de celles-ci qui pourraient aboutir à la fin de la relation entre le patient et son médecin.

3. Le médecin devient moins vigilant

Les erreurs du médecin peuvent aussi survenir dans un contexte de baisse de vigilance de sa part. La « trop bonne » connaissance du patient et la routine relationnelle s'installant participent à la baisse de vigilance du médecin vis-à-vis de son patient. Dans les entretiens E1 et E8, les patients pointent l'écueil d'être « trop bien » connus par leur médecin, ces derniers pouvant passer à côté de certaines choses. Dans *L'expertise médicale*, Nicolas Dodier (33) conforte ce ressenti de patients : « Dans une relation souvent de longue durée avec leur patient, l'écoute de la plainte mobilise un régime de sollicitude qui se caractérise par une mise entre parenthèses du souci des objets et des preuves ».

Ceci est également mis en évidence dans la fiche n°7 *Histoire commune, histoire partagée* du *Manuel théorique de médecine générale : 41 concepts nécessaires à l'exercice de la discipline* (34) écrit par Kandell et coll. en 2015, il y est écrit : « De même la vigilance du médecin peut être altérée par cette longue histoire commune, et le faire agir différemment de ce qu'il ferait pour un patient jusqu'alors inconnu de son cabinet (...) L'immersion dans cette histoire partagée peut également parasiter sa neutralité, le gêner dans son écoute singulière, perturber la communication. Cela devient alors un danger, quand le médecin dit : « ça fait vingt-cinq ans que je le connais, il est toujours comme ça... » ». La baisse de vigilance du médecin au cours du temps constitue l'une des principales problématiques d'une longue durée de relation.

4. Le temps au service de la confiance et la connaissance du patient

Nous l'avons constaté à travers les récits des patients, la confiance qu'ils ont en leur médecin est forte, ce qui assure encore aujourd'hui la continuité du suivi. Raphael Hammer, sociologue

suisse, dans un article publié dans *Primary Care* (35) désigne la confiance comme « quelque chose qui permet qu'une relation se déroule dans un climat relativement serein ». Il s'est posé la question de savoir s'il existe des manières différentes d'avoir confiance en son médecin. Dans le cadre d'une recherche sociologique, l'enquête de terrain qu'il a menée par entretiens semi-directifs auprès de 64 hommes lui a permis de distinguer cinq types de confiance :

D'abord, *la confiance cléricale*, qui se caractérise par une forte asymétrie entre le patient et le praticien. Le statut d'expert du médecin est pleinement reconnu par le patient profane qui ne le met absolument pas en doute.

Puis, *la confiance pragmatique* se base sur la même présomption forte dans le savoir-faire des professionnels, le patient a ici une attitude moins passive que dans le cas précédent.

Ensuite, *la confiance affinitaire* « présente une logique très différente des deux types précédents dans la mesure où la présomption de compétence dans les médecins s'avère largement insuffisante. La dimension humaine de la relation thérapeutique joue ici un rôle déterminant. Les attentes de soutien moral, de sollicitude et d'écoute sont explicites et font partie de la définition du bon praticien. Le médecin se voit en outre souvent attribuer une mission de prévention et d'éducation à la santé. On attend du généraliste qu'il soigne le corps mais également qu'il prenne en considération la personne dans sa globalité psychosociale. Le bon généraliste est alors parfois défini comme quelqu'un qui a de l'intuition et qui sait « sentir certaines choses. » »

La confiance professionnelle, elle, est « structurée par l'image que ces patients ont du rôle formel d'un « professionnel » et des normes de conduite qui y sont attachées (...) Son rayon d'action doit se limiter aux désordres organiques, les soins holistiques ne relevant pas de ses attributions ».

Enfin, *la confiance rationnelle* « présente une logique encore différente, puisqu'ici la confiance dépend de l'attitude du généraliste vis-à-vis de son savoir et de la façon dont il conçoit la pratique médicale (...) ce n'est pas une vision « positiviste » de la science, faite de certitudes, qui est ici valorisée, mais une conception réaliste. L'incertitude et le risque sont en effet pleinement reconnus comme des composantes inhérentes à une discipline qui doit faire la jonction entre les sciences naturelles et la complexité du corps humain (...) Le bon généraliste est celui qui assume que son métier est plus un art qu'une science exacte, et qui accepte l'échec et les limites de son savoir ».

La confiance libératrice de parole, les bavardages en consultation évoqués par les patients sont mis en évidence au fur et à mesure que la relation évolue. Dans leur ouvrage *Ethique de la relation de soin, Récits cliniques et questions pratiques* (36) Myriam Le Sommer-Péré et Marie-Hélène Parizeau, respectivement médecin et philosophe, décrivent que « le médecin reste libre de s'adopter une attitude technicienne et peut se contenter de « traiter » la maladie, mais s'il n'inclut pas le temps de la relation, il négligera les conséquences tant psycho-affectives que sociales de la maladie et ne « soignera » pas la personne malade. » Le temps et le soin passés à la construction de cette relation sont alors primordiaux.

Dans l'entretien E7, la patiente nous disait qu'une relation de qualité, de confiance augmente l'efficacité des soins. Et ce que la pratique de la médecine générale tend à toucher du doigt a été prouvé par une récente étude. Selon une étude norvégienne (37) menée par Sandvik et coll. publiée en 2021 dans *British Journal of General Practice* couvrant 4 552 978 patients suivis depuis un à quinze ans par le même médecin généraliste, plus la durée de la relation était importante, moins les patients consultaient en dehors de leurs heures de travail, moins ils subissaient d'hospitalisations pour pathologies aiguës et moins ils avaient de chances de mourir. Cette même étude avançait même que les personnes qui avaient gardé le même médecin généraliste pendant plus de 15 ans avaient 25 % moins de chance de mourir que celles ayant une relation d'une durée d'un an ou moins avec leur médecin généraliste.

Mariane Guyon, médecin généraliste en Savoie, ajoute dans l'émission « Grand Bien vous fasse » d'Ali Rebeih, journaliste et producteur de radio sur France Inter dont le thème du 12 Avril 2021 était « Quand notre généraliste devient notre meilleur ami » (38), que « connaître les patients depuis longtemps permet d'optimiser et cibler rapidement les vraies problématiques des personnes. » Et permet donc « l'efficacité » des soins.

C. Les moments marqués dans le temps

Tous les moments marquants cités par les patients interrogés sont des moments riches en émotions : une fin de vie, une grande déception...

Daniel Kahneman, psychologue et économiste américano-israélien, prix Nobel d'économie nous apprend à travers la théorie du *peak-end rule* (39) que dans une situation donnée, nous retenons surtout le moment le plus intense (*peak*) et le dernier (*end*). Daniel Kahneman l'a prouvé dans une étude datant de 2003 (40) parue dans la revue *Pain*, en prenant l'exemple d'une

expérience désagréable qu'est la pratique d'une coloscopie. Il montre « qu'on réduisait le coût psychologique d'une coloscopie en laissant le patient plus longtemps dans la salle d'opération, après l'intervention. Car le dernier souvenir devient moins douloureux. » (41)

1. La psychothérapie du médecin généraliste

Parmi les moments marquants, plusieurs patients ont souligné une forme de psychothérapie par le médecin généraliste. En quoi ce dernier peut-il mener une psychothérapie ? Le médecin Gilles Ambresin, dans l'article suisse *Psychothérapie de la dépression en médecine de premier recours* (42) paru dans la revue *Swiss archives of neurology, psychiatry and psychotherapy*, décrit en s'appuyant sur l'exemple précis de la dépression que « certaines interventions psychologiques sont efficaces en médecine générale. En particulier, la psychothérapie cognitivo-comportementale, la psychothérapie interpersonnelle, le traitement par résolution de problème et le conseil semblent pouvoir être délivrés de manière efficace en médecine générale pour les patients souffrant de dépression. »

L'article *Devenir médecin de famille* (43) paru dans la revue *Pratiques* en Janvier 2007, relate l'interview de Louis Velluet, médecin généraliste et psychanalyste. Il énonce clairement les particularités de la psychothérapie du médecin de famille :

« La psychothérapie spécifique du médecin généraliste a pour but de favoriser l'autonomie physique et psychologique des patients et, chaque fois que cela est possible, leur capacité à vivre au sein d'un équilibre familial et social stable. Cette prise en charge est indissociable de l'approche physique et des prescriptions médicamenteuses, ce qui la différencie des psychothérapies exclusives. La psychothérapie du médecin de famille s'appuie d'une part sur les caractères spécifiques de la « médecine générale-médecine de famille », d'autre part sur la prise en compte, consciente ou empirique, par le médecin, des phénomènes produits par l'inconscient. Pour le médecin de famille, plus il sera proche de son patient, plus ses propres profondeurs seront sollicitées, plus il devra comprendre ce qui se joue dans cet espace et être en capacité de manier la distance dans la relation ».

Dans tous les cas, le médecin généraliste peut s'inspirer des travaux de Carl Rogers, psychologue humaniste américain, qui a théorisé à partir des années 1940 l'approche centrée sur le client devenue ensuite l'approche centrée sur la personne (ACP). Dans l'anthologie de textes sur *L'approche centrée sur la personne* présenté par Howard Kirschenbaum et Valérie

Land Henderson paru en 2013 (44), Rogers dit : « l'être humain a en lui d'immenses ressources, qui lui permettent de se comprendre lui-même, comme de modifier sa propre image, ses attitudes et son comportement volontaire, et ces ressources peuvent être exploitées pour peu qu'on leur offre un climat caractérisé par des attitudes psychologiques facilitatrices. » Le patient peut s'épanouir, se développer à condition que le thérapeute instaure un climat favorable. Les trois conditions à cela sont « l'authenticité, la vérité » du thérapeute, « le regard inconditionnellement positif » du thérapeute envers son patient c'est-à-dire « s'ouvrir à tout ce que peut, sur le moment, ressentir son client » et enfin « la compréhension empathique » soit percevoir avec exactitude les sentiments qu'éprouve son client.

Toujours dans ce même livre, Rogers propose douze étapes pour une psychothérapie centrée sur le patient dans un certain ordre chronologique (sans que cela ne soit figé). Premièrement, le patient vient chercher de l'aide. Son principe d'autonomie et sa responsabilité dans ce processus sont bien définis. Deuxièmement, le thérapeute et son client définissent ensemble la situation d'aide psychologique. Troisièmement, le thérapeute encourage la libre expression des sentiments relatifs au problème grâce à son attitude. Ensuite, le thérapeute accepte, identifie et élucide les sentiments négatifs du patient. Puis, le patient manifeste des élans positifs (Rogers parle d' « inéluçabilité et de prédictibilité » de l'émergence de ces manifestations positives). Après cela, le thérapeute accepte et identifie les sentiments positifs du patient. Ensuite, *l'insight* apparaît. C'est la façon de voir clair en soi-même et de s'accepter. Grâce à ce processus d'*insight*, le patient esquisse des décisions ou des gestes potentiels. Le patient fait ensuite un petit geste mais lourd de sens. Le patient voyant clair en lui-même (*insight*) engage quelques actions positives (son courage augmente). Il prend confiance en lui-même (la relation avec le thérapeute est plus étroite que jamais). Et enfin, le patient éprouve de moins en moins le besoin de consulter (pouvant même en venir à s'excuser d'avoir pris du temps au thérapeute).

2. La fin du temps à deux

Dans l'entretien E1, la non-réponse immédiate du médecin à la détresse de son patient a engendré un sentiment fort d'abandon, de trahison. Dans sa thèse de médecine soutenue en 2016 (45), Charlotte Delbancut a interrogé dix-huit médecins généralistes exerçant en Loire-Atlantique afin de comprendre le processus de rupture médecin-patient. Elle décrit : « Des facteurs peuvent être prédisposants comme le milieu urbain, l'inactivité professionnelle du patient, le contexte social actuel qui entraîne des attitudes consuméristes du patient, et le

surmenage professionnel du médecin. Le terrain relationnel est souvent fragilisé, soit du fait de « patients difficiles » ou d'une évolution péjorative de la relation faisant naître une perte de confiance du patient et un manque d'investissement du médecin. Puis un événement précipitant fait basculer la relation vers un point de non-retour, tel que le conflit, la frustration du patient, l'épuisement émotionnel du médecin et l'atteinte de principe déontologique. La négociation entre le médecin et le patient est alors impossible, la rupture devient nécessaire. » La colère, la frustration sont des sentiments bien exprimés par le patient de l'entretien E1 en conséquence de la situation dans laquelle il se trouvait.

Les causes subies ou décidées par le patient de rupture de la relation se retrouvent dans la littérature. Une enquête datant de 1996, et publiée dans la *Revue du Praticien Médecine Générale* en 2003 (46), menée auprès de 1148 patients de Lorraine tout venants du centre de médecine préventive de Nancy ou de la Caisse d'Allocations Familiales de Meurthe-et-Moselle, a mis en évidence que 739 d'entre eux ont changé de médecin au cours des vingt années précédentes. Exceptée la cause principale de changement représentée par le déménagement (73%), le manque de disponibilité et le manque d'écoute étaient le plus souvent reprochés au médecin. Les erreurs médicales, le désaccord avec la décision médicale et les causes matérielles (trop d'attente) étaient ensuite évoqués, ainsi que l'attrait pour les médecines alternatives.

D. Une relation difficile à définir mais un cadre à poser

1. La place de l'amour dans le soin

Nous l'avons vu dans les Résultats, le patient de l'entretien E1, à propos du lien existant entre lui et son médecin, compare cette relation avec celle qu'il aurait avec une femme aimée. Il ne se rappelle plus ce qui l'a fait « craquer » à l'époque pour choisir ce médecin.

Gérard Reach, professeur d'endocrinologie, dans le chapitre 5 d'*Une théorie du soin* (47) paru en 2010, questionne la place de l'amour dans le soin. Il rappelle qu'il existe trois types d'amour se référant aux termes grecs *érôs*, *agapè* et *philia*. *Erôs* est « le plus fort, en tout cas le plus violent (...) le manque est son essence ; la passion amoureuse son sommet. Qui dit manque dit souffrance et possessivité ». Ce type d'amour n'est pas celui retrouvé dans le soin médical. *Agapè* c'est « l'amour divin, cet amour désintéressé et universel qui fait aimer même les

ennemis, même les indifférents », se caractérisant par la charité, il n'est pas non plus approprié au soin dispensé par le médecin.

Le type d'amour qui caractériserait le mieux le soin est *philia* : « C'est l'amour quand il s'épanouit entre humains et quelles qu'en soient les formes, dès lors qu'il ne se réduit pas au manque ou à la passion (*érôs*) (...) aimer au sens de *philia*, c'est simplement vouloir du bien à quelqu'un ; *philia* : l'amour de bienfaisance. ». Cette bienfaisance qui est aussi « le premier des principes hippocratiques de l'éthique médicale, commençant d'ailleurs par le désir de ne pas faire de mal, principe de non-malfaisance s'exprimant dans le *primum, non nocere*. *Philia* est donc la forme d'amour mise en jeu dans le soin. Toujours selon G.Reach, « il y a nécessairement une dose d'amour et de sympathie, au sens *philia*, dans la relation thérapeutique. » Le médecin ne doit pas se contenter d'imaginer la souffrance du patient (empathie) mais passer de cet état « à un état de proto-sympathie puis de sympathie : le soignant doit avoir en plus, le souci du bien-être de son patient ; il se sent alors en mesure de définir ce qui est bon pour lui, de façon à le soulager de cette souffrance. » En effet, pour G.Reach, « s'arrêter à l'empathie en s'interdisant la sympathie pourrait bien ne représenter rien d'autre qu'une régression qui pourrait en fait constituer un obstacle à son désir de soigner. »

Cette relation est cadrée par des règles (déontologiques, théorisées par des psychologues, des sociologues etc...). L'article 2 du Code de Déontologie médicale (48) relatif au respect de la vie et de la dignité de la personne a été enrichi d'un commentaire en 2019 rappelant que : « Le médecin (...) doit s'abstenir de tout comportement ambigu en particulier à connotation sexuelle (relation intime, parole, geste, attitude, familiarité inadaptée, ...) ». Mais encore : « Un médecin, qui dispose nécessairement d'un ascendant sur ces patients, doit, par principe, dans le cadre de l'exercice de son activité, s'interdire à l'égard de ses patients toutes relations intimes de nature à être regardées comme méconnaissant le respect de la personne, de sa dignité ou les principes de moralité et de probité ou à déconsidérer la profession ». En d'autres termes, les relations amoureuses et sexuelles sont interdites moralement et juridiquement pour un médecin envers un patient dont il a la charge.

2. La place de l'amitié dans le soin

Considérer son médecin généraliste presque comme un ami, « *une copine* » (E7) m'amène à penser à deux choses. La première est que le médecin généraliste apprécié fait émerger des

sentiments positifs chez son patient, la deuxième c'est que ce dernier érige également automatiquement une barrière, des limites à ne pas franchir. D'où les termes « pas comme », « au niveau de » ou selon la tournure de la phrase : « *Non médecin et puis bon, comme on le connaît depuis...il fait pas partie la famille nan bien sûr mais ...* ». Thomas Chauvineau, animateur dans l'émission de radio citée précédemment (19) en évoquant la relation que peut avoir un patient avec son médecin : « peut-être pas un ami, peut-être pas un membre de la famille mais il y a de ça dans la relation qui nous unit à notre généraliste et qui dépasse le simple cadre de la relation soignant-soigné. »

Y a-t-il des personnes qui au fond d'elles aimeraient réellement être amis de leur médecin ? Cette question reste en suspens. Le patient peut considérer le médecin généraliste comme son ami si c'est important pour lui, mais la réciproque n'est pas nécessairement présente. Le « bon » médecin comprendra quel type de relation sert son patient et sa santé et s'y collera sans être dupe, lui, de qui est cette personne pour lui.

Géraldine Bloy, sociologue, avance en tout cas que la relation médecin-malade ne peut être faite d'amitié, car tout simplement « c'est pas fait pour ça ! » (38)

Le Code de déontologie ne fixe pas la règle du patient pouvant devenir ami de son médecin ou si ce dernier peut être le médecin de sa famille (comme dans l'entretien 12). C'est donc une zone floue propice à des erreurs et dangers relationnels.

3. La distinction entre le médecin et le membre de la famille

La patiente de l'entretien E12 faisait bien la distinction entre son médecin et son proche (cousin en l'occurrence) bien que ce soit la même personne qui endosse les deux rôles. Ceci est à mettre en perspective avec la thèse de médecine de Mickael Cazenave (49), soutenue en 2016, qui interrogeait 14 patients ayant choisi leur proche comme médecin traitant, afin de déterminer les éléments de ce choix ainsi que les avantages et inconvénients de cette décision. Il apparaissait une confusion des rôles entre la fonction de proche et celle de médecin. Cependant, plus le degré de proximité entre le patient et le praticien était faible, plus les patients arrivaient à faire la distinction entre ces deux fonctions.

4. Le cadre nécessaire à la continuité de la relation

Nous l'avons donc vu, des règles tacites sont garantes de la confiance dans la relation médecin-patient. Antoine Bloy dans *L'aide-mémoire de la psychologie médicale et de psychologie du soin*, paru en 2012 (50) définit le cadre comme « l'ensemble des règles explicites et implicites qui vont définir la rencontre entre le professionnel de santé et le patient ». Il a deux fonctions principales : d'une part le « dépôt » : c'est une surface sensible sur laquelle le patient peut venir déposer ses craintes, ses incertitudes, ses angoisses, ses questions ; d'autre part une fonction « contenant » : le cadre doit pouvoir contenir tout ce que le patient vient y déposer, ce qui nécessite une certaine plasticité. Dans *L'éthique relationnelle en psychothérapie* (51) paru en 2019, Yves Lefebvre, psychopraticien relationnel, admet que « le fait de nommer des règles et de s'y tenir a une fonction structurante qui participe au processus thérapeutique relationnel. »

Baptiste Baulieu, médecin généraliste, dans l'émission de radio de France Inter citée plus haut (38), dit à propos du cadre qu'il impose : « moi je sais que j'ai tendance à mettre une petite barrière, parce que c'est pas que je veux pas créer de lien spécifique avec eux mais je sais que parfois on doit les accompagner dans des moments très durs et c'est plus facile de le faire si on est émotionnellement empathique, bienveillant mais aussi détaché ».

Selon Françoise Decoopman, psychologue clinicienne, dans le numéro 37 de la revue *Gestalt* (52), paru en 2010, le professionnel de santé afin de conserver son cadre doit faire preuve de solidité et constance afin de « supporter tout ce qui sera déposé en lui. », « d'ajustement », « d'attention bienveillante malgré les agressions répétées » et d'une « disponibilité interne ».

E. Éviter les écueils du temps dans la relation médecin-patient

Nous en parlons car c'est une réponse à plusieurs points soulevés ci-dessus : contrer la baisse de vigilance vis-à-vis de la relation, trouver la juste distance avec son patient... Nous lançons la réflexion sur les moyens d'éviter les écueils liés à la « relation qui passe » (24) (et non au temps qui passe !). Le cadre du médecin, que nous avons théorisé précédemment, en est un premier moyen essentiel.

En permettant d'être vigilant en permanence sur ces questions, de ne pas être seul face à ses cas de patients et de travailler aussi la propre vulnérabilité du médecin (l'émotion peut être au rendez-vous pendant les séances), les groupes Balint constituent un second moyen. Michelle Moreau Ricaud, psychanalyste, dans le chapitre intitulé *Le groupe Balint a 50 ans* de la revue *Topique* datée de 2001 (53), nous explique le fonctionnement du groupe Balint. Initié par Michael Balint dans les années 1950, le groupe Balint réunit des médecins volontaires (entre huit et douze) pour les écouter exposer des cas de leur pratique qui leur posent problème, de manière très régulière, toutes les semaines, et pendant plusieurs années. Le dossier médical est laissé de côté. Voici comment cela se déroule selon M. Balint : dans un premier temps, le médecin exposant narre la prise en charge et les difficultés rencontrées, et procède par associations libres, laissant les manifestations de son contre-transfert montrer le bout de son nez. Dans un second temps, les autres collègues posent des questions, font des commentaires, donnent leurs impressions et émotions, formulent des hypothèses etc... Ils essaient d'aider le confrère à mieux cerner, comprendre la relation qu'il a établie à son insu avec son patient. Dans un dernier temps, le leader ponctue l'avancée ou l'arrêt dans l'élaboration, signale des points oubliés et peut faire des interprétations.

Le but du groupe Balint est de sensibiliser le soignant aux manifestations de l'inconscient du patient et de lui-même. Cela transformerait les manières de faire du médecin en adoptant une écoute différente de son patient.

III. PERSPECTIVES DE RECHERCHE

Afin de pallier au biais de mémorisation des patients, une étude prospective (cohorte) pourrait être une méthodologie pertinente pour approfondir notre sujet de recherche. Le chercheur recueillerait le vécu au début de l'étude et interrogerait ce même patient à différents moments de la relation pendant de nombreuses années.

Une autre idée serait d'interroger des couples médecin-patient et non l'un ou l'autre uniquement. Confronter le vécu de cette relation duale du point de vue médecin et du point de vue patient aurait beaucoup de sens.

CONCLUSION

La relation médecin-patient est au centre de la médecine générale. Sa « bonne qualité » s'obtient par le biais d'une communication adaptée dans l'intérêt du patient. Elle permet alors d'éviter les potentielles situations de conflits et au contraire de développer la confiance en son médecin. Une relation de qualité s'obtient également grâce à la multiplicité des interactions au cours des consultations, cette continuité du suivi renforçant la satisfaction du patient et lui permettant de jouir d'une meilleure santé.

Notre objectif était d'explorer le vécu, si singulier, du point de vue des patients, de l'évolution de la relation avec leur médecin généraliste actuel au cours du temps. Pour cela, nous avons mené une étude qualitative, inspirée de la phénoménologie interprétative à partir de 13 entretiens semi-dirigés auprès de patients suivis depuis plus de 10 ans par leur médecin traitant actuel.

Préalablement au début de la relation, le souvenir du médecin d'enfance de certains patients impactait leur manière de percevoir la relation avec leur médecin actuel. Résultant d'une transmission évidente ou d'un choix pragmatique du patient, la première rencontre était parfois un enjeu décisif pour la suite de la relation décidée par les patients. Ces derniers trouvant celui qui calmait immédiatement leur angoisse ou simplement celui qui humainement leur correspondait.

Au cours de la relation, les patients se sentaient mieux connus dans leur globalité mais cette trop bonne connaissance du patient pouvait occasionner une routine relationnelle qui aboutissait à une baisse de la vigilance biomédicale du médecin. Les patients ressentaient alors des consultations de plus en plus expéditives. L'autre aspect se développant au fil des consultations est la confiance : elle libérait la parole du patient et ouvrait à des discussions privées au cours des consultations. Cette confiance permettait d'améliorer l'efficacité des soins.

La « réalité passe » : médecins et patients vieillissent au cours du temps, parfois l'un plus vite que l'autre, ressentaient les patients. Certains médecins en prenant de l'âge commettent des erreurs, ce qui a eu pour effets de renforcer la méfiance de leurs patients et leurs initiatives dans le soin.

L'évolution de la relation était marquée par des attentes (parfois auto-jugées « infondées ») et une exigence accrues de la part des patients : un rendez-vous dans un délai plus rapide ou recevoir un examen physique plus approfondi au cours de la consultation.

Les moments marquants qui ont jalonné la relation avec leur médecin sont des moments porteurs d'émotions très fortes pour les patients. Certains regrettaient de ne pas avoir pu compter sur leur médecin à un moment critique quand d'autres se remémoraient leur réponse immédiate face à une situation périlleuse. La précieuse aide du médecin lors de la fin de vie d'un proche, l'aide à la décision en santé et la présence du médecin à des événements de vie tels qu'une naissance ont été des moments forts de la relation racontés par des patients. Un des éléments majeurs de la relation a également été la psychothérapie exercée par le médecin traitant chez des patients en détresse.

Ces longues relations ont naturellement fait évoquer chez les patients la fin de relation avec leurs médecins. La peur et le doute s'emparaient des patients qui craignaient de devoir trouver un nouveau médecin compatible avec eux suite au départ à la retraite de leur médecin ou à un déménagement. En opposition, un sentiment d'abandon ressenti par un patient en détresse ou la « sénilité » du médecin faisaient émerger une décision délibérée de changer de praticien.

Ces treize entretiens ont permis de montrer qu'il existait non pas une mais des relations singulières qui se tissaient avec le temps entre le médecin et le patient et que celles-ci évoluaient en permanence.

Cependant, des règles tacites élaborées par les patients permettaient de maintenir la confiance en leur médecin. En instaurant eux-mêmes des limites au curseur d'intimité relationnelle et par une dichotomie claire entre le lieu de soins (le cabinet médical) et le lieu de bavardages (en dehors du cabinet), médecins et patients veillent ainsi à ce que le cadre de consultation soit préservé.

Ce travail a permis aux patients d'évoquer parfois plus de 35 ans de relation. Durée de relation que je n'ai moi-même pas encore atteint dans ma jeune carrière de médecin. Ce recueil de vécus, d'attentes, les joies et les peines ressenties par les patients au cours de leur relation m'ont fait prendre conscience de la richesse mais aussi de la complexité à maintenir une relation de qualité. Mais, il conviendra à chaque lecteur d'apprécier l'utilité de ce travail pour développer sa relation médecin-patient.

Lors de certains moments de vie, il convient en tant que médecin d'apprendre à se réajuster par rapport à son patient afin de conserver la confiance de ce dernier. Chaque patient a sa

temporalité qu'il faut déceler et respecter pour aboutir à des décisions partagées dans son intérêt.

BIBLIOGRAPHIE

1. Allen J., Heyrman J. (WONCA Europe). La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. 2002. 52p.
2. Odoxa. Chatenay-Malabry (France) : Odoxa ; 2019. Sondage : Refonder la confiance médicale est à la fois nécessaire, urgent et tout à fait possible.
3. Ettlinger PR, Freeman GK. General practice compliance study: is it worth being a personal doctor? *Br Med J Clin Res Ed.* Avr 1981 ; 282(6271) : 1192-4.
4. Bourcereau G, Dépalle CP. Peut-on prévenir le conflit en médecine générale ? Étude qualitative sur le ressenti des patients en situation de désaccord (thèse de médecine générale). Grenoble : Université Grenoble Alpes ; 2017. 133 p.
5. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Prévenir et gérer les conflits. Paris ; novembre 2016.
6. Université de Rouen, DUMG. Rouen : DUMG Rouen ; modifié en mars 2021. Les compétences du médecin généraliste.
7. Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J. Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *Lancet Lond Engl.* Mars 2001 ; 357(9258) : 757-62.
8. Rouet H. Relations médecin-patient conflictuelles en médecine générale dans les Côtes-d'Armor : étude des causes de mécontentement du point de vue des patients envers leur médecin et compréhension des facteurs prédisposant au conflit (thèse de médecine générale). Rennes : Université de Rennes 1 ; 2019. 61 p.
9. Ouest France. La citation du jour (Didier Sicard dans *Le Monde* ; Sept 2014).
10. Braconnier A. L'écoute du « traumatique ». *Inf Psychiatr.* 2014 ; 90(6) : 457-9.
11. Dareths Fabier S. Evaluation de la qualité d'écoute des médecins généralistes en consultation (thèse de médecine générale). Bordeaux : Université Bordeaux 2 - Victor Segalen ; 2011. 149 p.
12. Donahue KE, Ashkin E, Pathman DE. Length of patient-physician relationship and patients' satisfaction and preventive service use in the rural south: a cross-sectional telephone study. *BMC Fam Pract.* Oct 2005 ; 6(1) : 40.
13. Cornet P, Chavannes B, Oliveira AD, Naïditch N, Duverne S. Concordance des temps. Une grammaire de la temporalité en médecine générale. *Médecine.* Mai 2020 ; 16(5) : 218-24.
14. Voiron M. Vécu du médecin généraliste de la relation médecin-patient lorsqu'elle évolue avec les années de suivi (thèse de médecine générale). Lyon : Université de Lyon Est ; 2019. 109 p.
15. CNRTL. Vécu : Définition de vécu.
16. CNRTL. Évolution : Définition d'évolution.

17. Lussier MT, Richard C. En l'absence de panacée universelle. *Can Fam Physician*. Août 2008 ; 54(8) : 1096-9.
18. Bontoux D, Autret A, Jaury P, Laurent B, Levi Y, Olié J. Rapport 21-09. La relation médecin-malade. *Bull Académie Natl Médecine*. Juil 2021 ; volume 205.
19. Balint M. *Le Médecin, son malade et la maladie*. 3^e éd. Paris : Payot & Rivages ; 1996. 426p.
20. Zaffran M. *Profession médecin de famille*. Les Presses de l'Université de Montréal; 2012. 74 p.
21. Brispot L. *Les patients choisissent-ils leur médecin traitant femme en raison de son genre ? Étude quantitative en Midi-Pyrénées (thèse de médecine générale)*. Toulouse : Université Toulouse III - Paul Sabatier ; 2013. 57 p.
22. Ferrier A. *Quels sont les critères de choix d'un médecin traitant? Étude quantitative auprès des patients de médecine générale de la région Ouest de l'Étang de Berre réalisée en 2018 (thèse de médecine générale)*. Marseille : Université d'Aix-Marseille ; 2019. 50p.
23. Merit B. *Les principaux critères de choix du médecin traitant en 2014: une étude transversale descriptive auprès de patients de médecine générale en Vendée (thèse de médecine générale)*. Angers : Université d'Angers ; 2014. 112 p.
24. Klein E. *Le temps (qui passe ?)*. Bayard Adulte; 2019. 54 p.
25. CNRTL. *Vulnérabilité : Définition de vulnérabilité*.
26. Deville M. *Film : La maladie de Sachs*. Production : Elefilm. 1999 ; 105 min.
27. Bernard C. *Une histoire particulière, un récit documentaire en deux parties. Série Soignants en souffrance*. Paris : France Culture ; 2022. (Podcast), Épisode 4/2 : Quand le médecin tombe malade ; (28 min).
28. Fleury C, Gateau V. *Pour une clinique philosophique du burn out des professionnels de santé*. Conservatoire national des arts et métiers et GHU Paris Psychiatrie et neurosciences ; 2020 ; 63 p.
29. Lilti T. *Film : Médecin De Campagne*. Production : 31 juin Films/Les Films du Parc. 2016 ; 102 min
30. Molinier P. *Vulnérabilité et dépendance : de la maltraitance en régime de gestion hospitalière*. In: *Comment penser l'autonomie ?* Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2009 ; p. 433-58.
31. Hammel P. *Guérir et mieux soigner, un médecin à l'école de sa maladie*. Fayard ; 2008. 306 p.
32. Crozier S, Worms F. « Croyez-vous en votre médecin ? ». *Le Un*. 2018 ; numéro 224
33. Dodier N. *L'Expertise médicale*. Métailié ; 1993. 372 p.

34. Kandel O, Bousquet MA, Chouilly J, SFMG. Manuel théorique de médecine générale. Global Media Santé ; 2015. 207 p.
35. Hammer R. La confiance dans son médecin. Primary Care, 2006 ; 6(18) : 337-9
36. Le Sommer-Péré M, Parizeau MH. Éthique de la relation de soin : Récits cliniques et questions pratiques. Vuibert ; 2012. 152 p.
37. Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, Hunskaar S. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. Br J Gen Pract. Févr 2022 ; 72(715) : 84-90.
38. Rebeihi A. Grand bien vous fasse. Paris : France Inter ; 2021. (Podcast), Episode : Quand notre généraliste devient notre meilleur ami ; (52 min).
39. Kahneman D, Tversky. Choices, Values and Frames. New York : Cambridge University Press ; 1999. Chapitre 38, Evaluation by Moments: Past and Future
40. Redelmeier DA, Katz J, Kahneman D. Memories of colonoscopy: a randomized trial. Pain. 2003 ; 104(1) : 187-94.
41. Cohen D. Homo Economicus. Le livre de poche ; 2013. 240 p.
42. Ambresin G, de Roten Y, Despland JN. Psycho-thérapie de la dépression en médecine de premier recours. Swiss Arch Neurol Psychiatry Psychother. 2016 ; 167(05) : 147-54.
43. Velluet L. Devenir « médecin de famille ». Pratiques. 2007 ; (36)
44. Rogers C. L'approche centrée sur la personne - Anthologie de textes présentés par Kirschenbaum H. et Land Henderson V. Ambre ; 2013. 544 p.
45. Delbancut C. Les processus de la rupture de la relation médecin-patient en médecine générale (thèse de médecine générale). Nantes : Université de Nantes ; 2016. 151 p.
46. Boivin JM, Aubrege A, Muller-Colle F, Korwin JD. Pourquoi les patients changent-ils de médecin généraliste ? Enquête auprès de 1148 patients de la région Lorraine. La Revue du Praticien. 2003 ; 17 (604) : 293-7
47. Reach G. Une théorie du soin. Souci et amour face à la maladie. Belles lettres ; 2010. 178 p.
48. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Code de Déontologie - Article 2 : Respect de la vie et de la dignité de la personne. Modifié en 2019
49. Cazenave M. Le choix d'un proche comme médecin traitant : le point de vue des patients (thèse de médecine générale). Bordeaux : Université de Bordeaux ; 2016. 108 p.
50. Bioy A. L'Aide-mémoire de psychologie médicale et psychologie du soin. Dunod ; 2012. 372 p.
51. Lefebvre Y. L'éthique relationnelle en psychothérapie - Comment la relation peut devenir soignante ? Enrick B éditions ; 2019. 190 p.

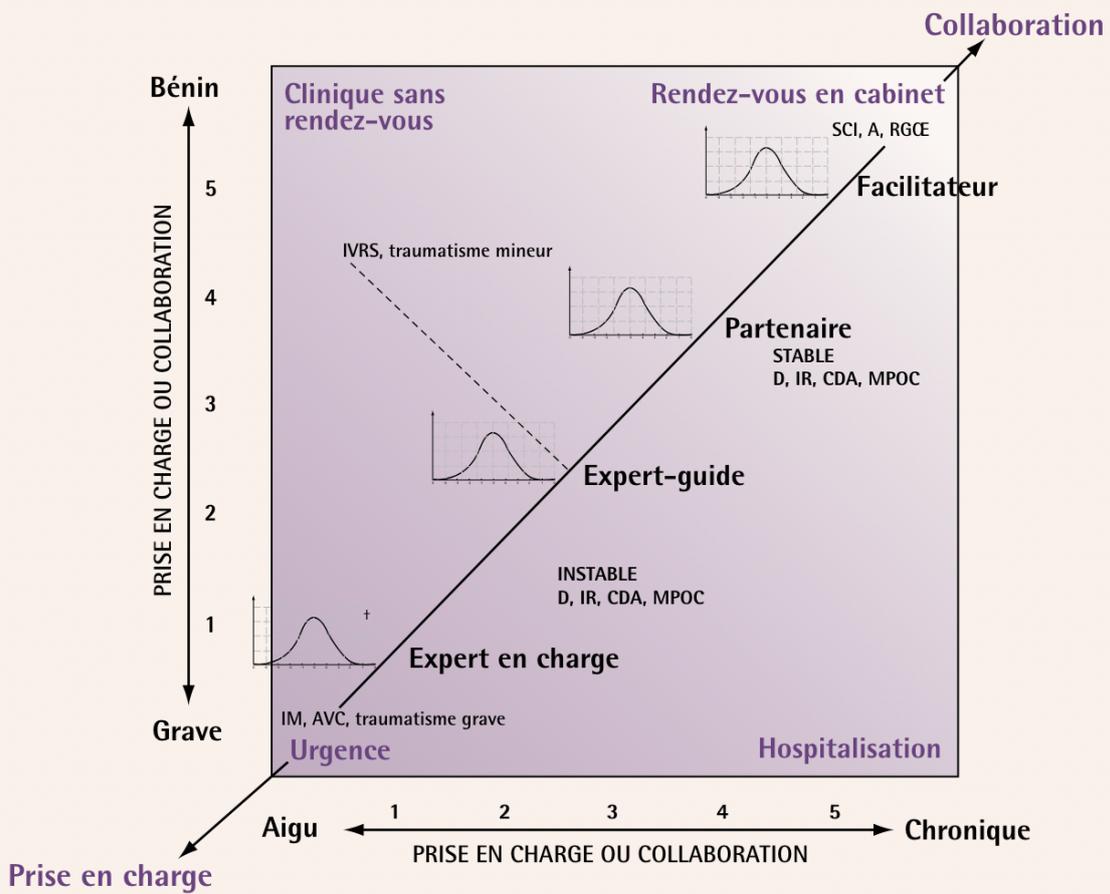
52. Decoopman F. La fonction contenant. Les troubles de l'enveloppe psychique et la fonction contenant du thérapeute. *Gestalt*. 2010 ; 37(1) : 140-53.
53. Moreau Ricaud M. Le groupe Balint a cinquante ans. *Topique*. 2001 ; 76(3) : 93-102.

ANNEXES

1. Schéma correspondant à la Figure 1 : *Les transformations possibles dans la relation médecin-patient* extraite de l'article *En l'absence de panacée universelle*, de Marie-Thérèse Lussier et Claude Richard.
2. La note d'information
3. La lettre de consentement
4. Le guide d'entretien semi-dirigé
5. Un exemple d'entretien : l'entretien 8 retranscrit et analysé

Annexe 1 :

Figure 1. Les transformations possibles dans la relation médecin-patient: *Le genre de relation est déterminé par le problème du patient et le contexte des soins**.



CDA—cardiopathie due à l'artériosclérose, MPOC—maladie pulmonaire obstructive chronique, D—diabète, RGCE —reflux gastro-œsophagien, SCI—syndrome du côlon irritable, IM—infarctus du myocarde, A—arthrose, IR—insuffisance rénale, IVRS—infection des voies respiratoires supérieures.

*Pour vérifier quel genre de relation correspond à un problème du patient, défini à la fois selon les dimensions aigu-chronique et bénin-grave, on trace une perpendiculaire sur la diagonale du continuum de la collaboration. Par exemple, dans le cas d'une IVRS, la relation proposée correspond au type expert-guide, tandis que dans le cas d'un RGCE stable, la relation est davantage du type facilitateur.

†Le symbole de la courbe normale représente les variations possibles dues au contexte et aux caractéristiques personnelles.

Annexe 2 :

Note d'information

- Département universitaire de médecine générale de Sorbonne Université (Paris VI)
- Coordinatrice de la recherche : Dr Sophie Duverne. Médecin Généraliste. Assistante universitaire en Médecine Générale rattachée au Département universitaire de médecine générale de Sorbonne Université (Paris VI).

Investigateurs : Mr Luc Andriamihaja et Dr Sophie Duverne

Madame, Monsieur,

Vous êtes invité(e) à participer à une étude dans le cadre d'une thèse d'étudiant pour le titre de docteur en Médecine. Si vous décidez d'y participer, vous serez invité(e) à signer au préalable un formulaire de consentement. Votre signature attestera que vous avez accepté de participer. Vous conserverez une copie de ce formulaire.

1. Procédure de l'étude

Vous vous entretenez moi qui suis l'investigateur principal de la recherche au cours d'un entretien individuel. Celui-ci vise à **mieux comprendre le vécu singulier que vous avez avec votre médecin généraliste et son évolution au cours du temps**. Cette étude est en attente d'avis du Comité d'éthique de recherche. Elle fait également l'objet d'une déclaration à la Commission nationale informatique et libertés.

2. Risque(s) potentiel(s) de l'étude

L'étude ne présente aucun risque : aucun geste technique n'est pratiqué, aucune procédure diagnostique ou thérapeutique n'est mise en œuvre. Vous pouvez mettre fin à l'entretien à tout moment.

3. Bénéfices potentiels de l'étude

La médecine générale est une médecine de proximité, c'est une médecine de premier recours pour le patient.

Le fait de recueillir le point de vue des patients permettrait au lecteur médecin de prendre connaissance d'un vécu dont il n'en a peut-être jamais eu la teneur. Lors de certains moments de vie, le médecin doit apprendre à se réajuster par rapport à son patient afin de conserver la confiance de ce dernier. Connaître l'évolution du vécu des patients, permettrait donc au médecin d'adopter une position la plus adaptée vis-à-vis de son patient à un moment T. La relation médecin-patient serait ainsi renforcée.

4. Participation à l'étude

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire.

5. Rémunération et indemnisation

Aucune rémunération ou indemnisation n'est prévue.

6. Informations complémentaires

Vous pouvez obtenir toutes les informations que vous jugerez utiles auprès de l'investigateur principal : Luc Andriamihaja, par courriel : docteur.andluc@gmail.com
A l'issue de l'étude, si vous le désirez, les résultats obtenus vous seront communiqués.

7. Confidentialité et utilisation des données médicales ou personnelles

Dans le cadre de la recherche biomédicale à laquelle Mr Luc Andriamihaja et Dr Sophie Duverne vous proposent de participer, vos données personnelles feront l'objet d'un traitement, afin de pouvoir les inclure dans l'analyse des résultats de la recherche. Ces données seront anonymes et leur identification codée. Toutes les personnes impliquées dans cette étude sont assujetties au secret professionnel. Selon la Loi, vous pouvez avoir accès à vos données et les modifier à tout moment. Vous pouvez également vous opposer à la transmission de données couvertes par le secret professionnel. Si vous acceptez de participer à cette étude, merci de compléter et signer le formulaire de consentement ci-dessous.

Annexe 3 :

Lettre de consentement

J'ai été sollicité pour participer au projet de recherche en santé intitulé :

Thèse de médecine générale :

Vécu de l'évolution de la relation médecin-patient au cours du temps : enquête auprès de patients de médecine générale

J'ai eu suffisamment de temps pour réfléchir à ma participation à cette étude.

J'ai été prévenu que ma participation à l'étude se fait sur la base du volontariat et ne comporte pas de risque particulier. Je peux décider de me retirer de l'étude à tout moment, sans donner de justification et sans que cela n'entraîne de conséquence.

Si je décide de me retirer de l'étude, j'en informerai immédiatement les investigateurs.

J'ai été informé que les données colligées durant l'étude resteront confidentielles et seront seulement accessibles à l'équipe de recherche.

J'accepte que mes données personnelles soient numérisées dans le strict cadre de la loi informatique et liberté.

J'ai été informé de mon droit d'accès à mes données personnelles et à la modification de celles-ci.

Mon consentement n'exonère pas les organisateurs de leurs responsabilités légales. Je conserve tous les droits qui me sont garantis par la loi.

Nom :

Lieu et Date :

Signature :

Annexe 4 :

Guide d'entretien

Bonjour Monsieur / Bonjour Madame,

- Vous avez accepté de me rencontrer afin de me raconter votre vécu personnel avec votre médecin généraliste au cours de ces nombreuses années de suivi. Je suis avant tout chercheur et je suis prêt à entendre tout ce que vous souhaitez évoquer. Il n'y a pas de durée limite ou minimum. Sachez j'ai tout mon temps pour vous écouter. Cet entretien sera enregistré par un dictaphone que voilà (le montrer), je le pose ici. Il me servira à retranscrire ensuite par écrit notre entretien.
- Je vous rappelle que vos données personnelles feront l'objet d'un traitement, afin de pouvoir les inclure dans l'analyse des résultats de la recherche. Ces données seront anonymes et leur identification codée. Toutes les personnes impliquées dans cette étude sont assujetties au secret professionnel (que ce soit moi ou ma directrice de thèse Dr Sophie Duverne). Selon la Loi, vous pouvez avoir accès à vos données et les modifier à tout moment. Vous pouvez également vous opposer à la transmission de données couvertes par le secret professionnel.
- On y va ?

A) EST-CE QUE VOUS POURRIEZ ME RACONTER LA DERNIERE RENCONTRE AVEC VOTRE MEDECIN GENERALISTE ?

- En consultation ou en dehors d'une consultation.

B) PARLEZ-MOI DE VOTRE RELATION AVEC VOTRE MEDECIN.

- Que ressentez-vous à son égard ?

C) RACONTEZ-MOI COMMENT VOTRE RELATION A EVOLUE AU COURS DU TEMPS.

- Est-ce que vous vous souvenez de la première rencontre avec votre médecin ?
- Racontez-moi les moments marquants avec votre médecin depuis que vous le connaissez.

- Pouvez-vous me raconter un souvenir particulier qui vous vient à propos de vos consultations avec votre médecin ?

- Puis, quelles ont été les difficultés avec votre médecin que vous avez pu ressentir ?
 - En voyez-vous d'autres ? Pensez-vous à d'autres types de difficultés ?
 - Difficultés relationnelles avec votre médecin ?
 - Comment avez-vous dépassé ces difficultés ? (Ajustement)

- Y a-t-il eu des moments où vous avez eu envie de changer de médecin ?

- Vos attentes envers votre médecin ont-elles changé au cours du temps ?
 - Oui : attentes au début et maintenant ?
 - Non : lesquelles sont-elles ?

D) EST-CE QUE VOUS POURRIEZ ME PARLER DES EFFETS QUE LA RELATION A VOTRE MEDECIN ONT EU SUR VOUS ?

- Est-ce que votre relation à votre médecin a eu des conséquences sur votre évolution personnelle, en tant que personne ?

E) AVEZ-VOUS D'AUTRES CHOSES QUE VOUS SOUHAITEZ ME RACONTER QUI N'ONT PAS ETE DITES LORS DE CET ENTRETIEN ?

Annexe 5 : L'entretien 8 (E8)

Les questions de l'intervieweur apparaissent en bleu. Les réponses de la patiente interviewée en noir.

| | Étiquetage expérientiel | Propriété | Mémo |
|--|--|---------------------------|------|
| <p>Est-ce que vous pouvez me raconter la dernière rencontre avec votre médecin généraliste ?</p> <p>Oui c'était il y a quelques mois, je dirais 3-4 mois pour une visite...ça devait pas être pour moi, ça devait être pour un de mes enfants. C'est une femme ma médecin généraliste. Donc voilà elle a pris en charge mon fils qui avait de la fièvre et elle en a profité pour demander des nouvelles et elle avait un interne en médecine avec elle.</p> <p>Donc c'est dans le cadre d'une consultation ? On est d'accord ?</p> <p>Oui, dans le cadre d'une consultation.</p> | <p>J'ai visité mon médecin car mon fils était malade</p> | <p>Médecin de famille</p> | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| <p>Et du coup, la fièvre c'était dû à quoi finalement ?</p> <p>C'était rien, certainement un virus mais c'est vrai qu'avec le COVID et tout, on se pose beaucoup de questions. Je préférais y aller, j'ai attendu 48h, j'ai traité avec Doliprane, Advil. Et au bout de 48h, c'était toujours pas descendu, j'y suis allé par crainte d'une angine. En fait y avait rien du tout, c'était viral. Y avait plein de petits qui étaient malades à l'époque.</p> <p>Est-ce que vous pouvez à présent me parler librement de votre relation avec votre médecin généraliste ?</p> <p>En plus c'est une de mes voisines, donc du coup on se fréquente en dehors du rôle médecin-patient. Ce qui ne change rien du tout dans notre relation parce que ça s'est venu bien après. Elle est à l'écoute,</p> | <p>Ma médecin est aussi ma voisine, on se fréquente en dehors du cabinet.</p> <p>Quand on se voit, il n'y a plus de médecin, ni de patient</p> | <p>Habiter près de son médecin</p> <p>Fréquenter son médecin dans la sphère privée</p> | |
|---|--|--|--|

| | | | |
|---|---|---|--|
| <p>elle est disponible. Peut-être que quand ça fait longtemps qu'on va chez un médecin, il nous connaît plus, c'est bien sur certaines choses mais du coup il fait peut-être moins attention à d'autres choses, voilà comment je le ressens. Peut-être plus de questions, je sais pas ce que je dois dire de plus.</p> <p>Non, non mais dites, moi je vous relance au cas où. C'est vous qui dites ce que vous voulez, si vous voulez creuser, creusez.</p> <p>J'suis en confiance avec elle, j'me sens bien. Ce qui est pas toujours facile quand on va voir un médecin au tout début, c'est moins facile. En tout cas, en plus quand on se livre pas beaucoup, si on veut aborder d'autres sujets, voilà c'est moins facile au tout début, maintenant elle nous connaît bien. J'ai confiance en elle donc c'est vrai que je me livre peut-être plus facilement.</p> | <p>En nous connaissant depuis très longtemps, mon médecin est moins vigilante sur certains points</p> <p>Je suis devenue de plus en plus à l'aise au fil du temps avec mon médecin</p> <p>Je me livre de plus en plus au fil du temps à mon médecin</p> | <p>La vigilance du médecin diminue avec l'augmentation de la connaissance du patient</p> <p>Aisance face à son médecin acquise avec le temps</p> <p>Libération progressive de la parole, patient s'autocensure initialement</p> | |
|---|---|---|--|

| | | | |
|--|---|---|--|
| <p>Voilà, elle est vraiment à l'écoute, elle est vraiment disponible et puis elle nous connaît aussi, elle connaît les enfants. Y a vraiment cette relation et d'une de confiance et deux de connaissance où elle sait que si je prends rdv, j'suis pas du style à consulter pour un rien donc c'est que c'est important. Elle va prêter attention à ça, moi jsuis vieille école, j'essaye de faire chez moi au mieux si je peux. Je me précipite pas aux urgences, j'ai tout de suite affaire à mon médecin généraliste. C'est une relation je pense à l'ancienne peut-être et en campagne.</p> <p>Quand vous dites qu'elle fait moins attention au fil des années, vous avez un exemple pour appuyer ces propos-là ?</p> <p>Par exemple, une prise de tension, c'est pas forcément régulier, elle va peut-être plus</p> | <p>Médecin à l'écoute et disponible</p> <p>Mon médecin sait que je ne consulte qu'en cas de vraie nécessité</p> <p>Sa disponibilité rapide m'évoque la médecin d'avant et de campagne</p> | <p>Médecin à l'écoute et disponible</p> <p>Médecin au courant du bon usage du soin par son patient</p> <p>Relation à l'ancienne, de campagne avec son médecin</p> | |
|--|---|---|--|

| | | | |
|--|--|---|--|
| <p>faire attention à l'aspect psychologique, peut être que la crise COVID est rentrée en compte aussi, plutôt qu'à l'aspect physique j'allais dire. Peut-être des auscultations moins poussées.</p> <p>Alors que ça serait nécessaire pour vous ?</p> <p>Oui peut-être. Simplement voilà que le checking classique a été fait et de se dire, bon bah tout est en ordre à ce niveau-là.</p> <p>Je rebondis à ce que vous disiez tout à l'heure : vous vous fréquentez dehors. Racontez-moi un petit peu comment ça s'est fait ? Racontez-moi.</p> <p>Ca s'est fait y a plusieurs années maintenant. C'est ma voisine, on a juste un pré qui nous sépare et puis elle a des enfants qui sont un tout petit peu plus âgés que</p> | <p>Elle pratique moins d'exams cliniques qu'avant et privilégie le soin psychologique</p> <p>Nous enfants ont à peu près le même âge</p> | <p>Soin psychologique devant le soin physique (avec le temps)</p> <p>Patiente et médecin = mamans de générations similaires</p> | |
|--|--|---|--|

| | | | |
|---|---|--|--|
| <p>les miens. C'est vrai que par les enfants, par la fréquentation de l'école, ça créé des liens et puis après une fête des voisins, comme on habite dans un petit bourg, on fait tous partie du même quartier donc on s'est retrouvés invités chez des gens. Puis finalement, ça s'est bien passé, ça a tout de suite collé dans notre façon d'être donc on a été invités chez eux il y a quelque temps. Ça se passe très bien, on parle pas de nos consultations quand on se voit comme ça mais pour le coup, c'est sympa. De savoir qu'elle habite à côté de chez moi, j'ai trois grands enfants, maintenant qu'ils sont plus grands, c'est moins gênant mais quand ils étaient petits, c'était important de savoir qu'elle pouvait être disponible et que si un week-end ça allait pas je lui passais un petit coup de fil, je pouvais aller monter chez elle, pas dans son cabinet et elle pouvait tout de</p> | <p>Nous avons créé des liens lors d'une fête entre voisins</p> <p>Le feeling est tout de suite passé, nous avons été invités chez eux</p> <p>On ne parle pas des consultations lorsque l'on se voit en privé</p> <p>Mon médecin m'autorisait si besoin à venir chez elle pour la consulter, même en dehors de ses heures de travail</p> | <p>Se côtoyer par hasard au quotidien a fini par rapprocher le médecin et le patient</p> <p>Invitée dans la maison du médecin</p> <p>Le cadre de consultation est préservé</p> <p>Absence de relation médecin-patient dans la sphère privée</p> <p>Médecin disponible jusqu'à autoriser le déplacement du patient chez lui</p> | |
|---|---|--|--|

| | | | |
|---|--------------------------------------|--|--|
| <p>suite me rassurer. C'est toute une relation globale. Pour le coup, j'en ai jamais abusé.</p> <p>Son cabinet est situé chez elle ou un peu plus loin ?</p> <p>Non à 6 km de chez elle.</p> <p>Et justement pour vous, est-ce que ça a une influence sur les consultations le fait que ce soit votre voisine et que vous vous voyez en dehors ?</p> <p>Je vais dire ça a une influence parce qu'elle est très sympathique. Dès que j'arrive. En temps normal avant le COVID, j'arrivais, on se faisait la bise. Mais en dehors de ça, non ça change pas les consultations. On va finir la consultation en se disant, « bon ba quand est-ce qu'on se voit ? » mais sinon la consultation reste la consultation. Y a ce moment</p> | <p>Je fais la bise à mon médecin</p> | <p>Sympathie du médecin</p> <p>Marque physique d'affection mutuelle = bise</p> | <p>A aucun moment, la patiente ne parle d'elle comme une amie, bien qu'elle la fréquente en dehors.</p> <p>Contrairement aux autres entretiens, où les patients n'hésitent pas à employer ce terme, sans pour autant</p> |
|---|--------------------------------------|--|--|

| | | | |
|--|---|--|---|
| <p>vraiment professionnel, patient et médecin.</p> <p>Est-ce que vous pouvez me raconter comment cette relation a évolué au cours de ces 16-17 ans ?</p> <p>On est vraiment parti de pas se connaître du tout, professionnellement parlant, parce qu'on avait pas du tout commencé la relation privée. Elle, ça faisait pas très longtemps qu'elle était installée. Elle était malgré tout jeune médecin en campagne, donc c'est vrai que moi j'étais habituée à mon médecin généraliste depuis très longtemps aussi qui m'a suivi tout le temps adolescente, du coup le changement était pas facile en tant que patiente. Parce que quand on est habitué à son médecin, qu'on doit changer, il faut renouer une relation de médecin de confiance, pour moi c'était pas forcément facile. En</p> | <p>La consultation reste sérieuse, et je sens que je vais voir mon médecin pour résoudre mon problème</p> <p>Changer de médecin n'est pas évident car il faut renouer une relation de confiance</p> | <p>Dans le cabinet, le médecin reprend son rôle et le patient aussi.</p> | <p>fréquenter leur médecin en dehors du cabinet</p> |
|--|---|--|---|

| | | | |
|---|---|--|--|
| <p>plus, j'étais suivie pour des problèmes de santé particuliers, j'ai eu un syndrome néphrotique idiopathique donc j'ai été suivie par mon médecin traitant de l'époque. J'avais un suivi au début à l'hôpital de V8, ensuite j'étais suivie à l'hôpital de V8* et donc j'avais un dossier assez conséquent avec à l'époque, tout un traitement qui allait avec, des prises de sang régulières, des analyses d'urine très régulières, donc du coup c'était pas facile pour moi. J'étais assez habituée au milieu hospitalier. Dès que j'étais malade, tout de suite on me posait des questions, ça revenait tout de suite à ça, puisque y a des médicaments que je pouvais pas prendre qui étaient déconseillés, j'avais un traitement en place. Cette relation était pas facile au tout début, il fallait vraiment que la confiance se fasse. Pour le coup, j'ai pas fermé la porte, ça s'est noué au fil du temps cette</p> | <p>La confiance n'est pas présente initialement, elle doit se forger</p> <p>Je suis restée ouverte et la relation s'est construite comme cela</p> | <p>La confiance, initialement absente, se construit avec le temps</p> <p>Patient a réussi à s'ouvrir progressivement</p> | |
|---|---|--|--|

| | | | |
|---|---|--|--|
| <p>relation, c'est vrai qu'en plus comme elle était installée depuis pas longtemps, voilà j'avais cette crainte ayant un ancien médecin généraliste. C'est pas facile en tant que patient. Après mes enfants sont arrivés, donc ma fille était petite, je l'emmenais chez un pédiatre à V8**, donc à 11 km de chez moi et donc le suivi était fait par le pédiatre. Le médecin appréciait guère d'être en opposition avec le pédiatre, elle comprenait pas forcément pourquoi elle faisait pas le suivi de ma fille. Donc y avait toute une relation qui s'est nouée au fil du temps. Voilà je sais maintenant que j'ai pleine confiance en elle, elle est à l'écoute, elle est disponible et elle fait attention si je lui évoque des symptômes ou autre. Mais ça a évolué au fil du temps, il a fallu plusieurs années pour arriver à cette relation de confiance.</p> | <p>Mon médecin voulait suivre mes enfants</p> | <p>Revendication par le médecin généraliste d'être un médecin de famille</p> | |
|---|---|--|--|

Et vous disiez qu'il y avait pas mal d'examens à faire, plusieurs paramètres à surveiller. En quoi c'était difficile de construire une relation dans ce cadre-là ?

J'étais habituée. C'était l'habitude, la connaissance de l'autre médecin. C'est vrai quand quelqu'un reprend le dossier alors qu'on a les habitudes et tout... il faut faire attention, il fallait que je sois sûre qu'elle soit bien en lien avec l'hôpital de V8***, qu'elle envoie bien les ordonnances ou les résultats, tout ce qu'elle pouvait voir d'étrange dans mes résultats. Et en fait pour le coup, y a jamais eu de souci. Il fallait que la relation se noue, pour moi c'était important.

Est-ce que vous vous souvenez de la première rencontre avec cette médecin-là ?

| | | | |
|--|--|--|--|
| <p>Ah ouais ! j'étais pas à l'aise du tout</p> <p><i>Racontez-moi justement.</i></p> <p>Ba voilà jsuis quelqu'un qui est pas forcément très à l'aise. En plus quand on va chez le médecin, il faut souvent prendre la tension, être auscultée donc ça veut dire aussi se déshabiller, se montrer « nue » alors ça c'était déjà un pas compliqué pour moi et oui</p> <p>c'était très médecin-patient, on se connaît pas donc forcément des questions qui doivent paraître abruptes mais qui ne le sont pas.</p> <p>Simplement elle faisait son travail, donc voilà c'est pas le meilleur souvenir.</p> <p>C'était froid et normal.</p> | <p>Je n'étais pas à l'aise lors de notre première rencontre</p> <p>Se déshabiller, se mettre nu face à mon médecin est difficile pour moi</p> <p>Lors de la 1^{ère} consultation, j'ai ressenti beaucoup de distance,</p> <p>Ce n'est pas mon meilleur souvenir</p> <p>C'était froid et neutre</p> | <p>Patient mal à l'aise lors de la première rencontre</p> <p>Déshabillage : gênant pour le patient</p> <p>Le mauvais souvenir de la première rencontre,</p> <p>Non chaleureuse</p> | |
|--|--|--|--|

| | | | |
|---|---|--|--|
| <p>Vous vous souvenez le motif de votre venue lors de la première consultation ?</p> <p>C'était par rapport à mon syndrome néphrotique et aussi voilà avoir le médecin traitant qui va nous suivre. Je savais que ce serait elle. En l'appelant elle, je me doutais que ça serait mon futur médecin traitant. Il fallait simplement que la relation se mette en place. C'était pas au hasard, j'allais à 6 km de chez moi donc c'était dans le but de trouver le médecin traitant qui allait me suivre.</p> <p>Et comment vous avez trouvé ce médecin-là ?</p> <p>Parce qu'elle était installée à V8****. A l'époque, il y avait deux médecins, ils ont créé une maison médicale. Y avait deux médecins avec deux cabinets. L'autre je savais très bien que je n'irais pas vers lui, voilà c'était, il</p> | <p>J'avais déjà choisi mon médecin avant de le rencontrer</p> | <p>Choix de son médecin avant de la rencontrer</p> | |
|---|---|--|--|

| | | | |
|---|--|--|--|
| <p>avait pas forcément très bonne presse, d'ailleurs il a très très vite arrêté. Quand j'ai été vers elle, elle venait de s'installer, c'était une femme en plus, je pense ça a joué.</p> <p>Est-ce qu'on peut se focaliser maintenant sur les moments marquants avec votre médecin ?</p> <p>Au tout début par rapport à ce suivi médical spécifique. Par rapport à mes grossesses aussi, parce que du coup... en plus y avait ce syndrome néphrotique qui était toujours présent, j'ai eu trois grossesses où ce syndrome néphrotique était encore là. Elle faisait le suivi de grossesse mais en même temps, j'étais suivi par un gynéco en maternité où j'ai accouché. Parce qu'elle préférait que je sois suivie par un gynéco qui était en lien avec l'hôpital, au cas où y avait quoique ce soit comme souci, que ce soit bien géré au niveau de la maternité et</p> | <p>Avoir une femme comme médecin a joué dans mon choix</p> | <p>Choix d'une femme comme médecin, comme elle</p> | |
|---|--|--|--|

| | | | |
|---|---|---|--|
| <p>du suivi obstétrique. Donc les grossesses, c'était des moments marquants parce que je savais qu'elle était là, qu'elle pouvait m'aiguiller si ça allait pas, si mes résultats sanguins étaient pas bons. Je pouvais l'appeler, je pouvais lui demander pourquoi telle augmentation ou telle diminution, si ça avait un danger par rapport à la grossesse, par rapport à moi, par rapport au bébé. En sachant que la première était plus importante parce qu'après on prend l'habitude au fur et à mesure mais voilà je savais que je pouvais la joindre et qu'elle pouvait m'expliquer les mauvais taux ou autre. Y a eu aussi, il y a trois ou quatre ans, le retrait de mon stérilet, ça c'est elle qui s'en est occupé. Ça c'est des choses qui sont importantes pour moi, où elle était disponible, elle pouvait le faire et j'étais pas obligée d'aller dans une maternité. Sachant que je suis pas suivie à V8**, à la</p> | <p>Mon médecin m'a accompagné, conseillé, aiguillé dans mes grossesses à risque</p> <p>C'est mon MG qui a retiré mon stérilet</p> | <p>Suivi gynéco-obstétricale du médecin généraliste</p> <p>Geste spécialisé réalisé par le MG, rendant service au patient</p> | |
|---|---|---|--|

| | | | |
|--|--|---------------------------------|--|
| <p>maternité donc ça enclenchait beaucoup de route et ça je savais qu'elle pouvait le faire. Sachant qu'elle m'avait bien dit, je les retire mais moi je n'en repose pas, donc ça après faudra aller voir. Donc ça c'est des choses importantes pour moi.</p> <p>Vous en voyez d'autres de moments marquants ?</p> <p>Je pense, elle m'a bien accompagnée ces 2 dernières années au niveau psychologique on va dire. Avec le COVID, avec le confinement. L'année dernière, trois mois d'affilée, j'ai récupéré les enfants à la maison, on venait de créer notre entreprise avec mon mari donc ça a été une année assez compliquée psychologiquement, émotionnellement parlant, donc elle a été très présente à ce niveau-là. Si j'appelais, c'était pas un rendez-vous d'un quart d'heure, c'était un rendez-vous</p> | | <p>Rôle psychologique du MG</p> | |
|--|--|---------------------------------|--|

| | | | |
|--|---|---|--|
| <p>d'une demi-heure où elle savait qu'il fallait qu'on discute et qu'il fallait que je pose les choses. Elle a été très à l'écoute. Donc ces deux dernières années, c'est des évènements marquants pour moi parce qu'elle a été vraiment là, vraiment à l'écoute et vraiment présente.</p> <p>Est-ce que parmi toutes ces années, y a un souvenir particulier qui vous vient à l'esprit ?</p> <p>Le souvenir, c'est le retrait du stérilet.</p> <p>Il s'est passé qqch de particulier pendant cette consultation ?</p> <p>Oui parce que j'étais pas sûre de moi quand je suis arrivée. J'avais pris rendez-vous, je l'avais dans la tête mais c'était pas marqué directement sur le rendez-vous que c'était pour ça. On a discuté</p> | <p>Mon médecin a pris plus de temps que d'habitude pour m'écouter et soigner mon moral</p> <p>Mon souvenir particulier, c'est le retrait de mon stérilet</p> <p>Mon médecin m'a convaincu de retirer mon stérilet</p> | <p>Écoute et disponibilité accrues du MG pour soigner le moral de son patient</p> <p>Aide à la décision du patient par le médecin</p> | |
|--|---|---|--|

| | | | |
|---|---|--|--|
| <p>et en fait, ça m'a convaincu de le faire. Pour moi, c'est vraiment un souvenir particulier.</p> <p>Parce que vous étiez réticente à l'enlever ?</p> <p>Ouais je savais pas comment faire, je savais pas si je passais à une autre contraception derrière. J'étais pas réticente à l'enlever, ma décision était prise mais me retrouver après sans contraception, c'était pas tout à fait clair dans ma tête. Finalement, on a discuté, elle me l'a enlevé, parce que j'étais ok. Finalement j'étais tombée enceinte derrière donc grossesse désirée. Pour moi c'est vraiment le souvenir marquant de ces 16 dernières années.</p> <p>Est-ce qu'il a déjà pu y avoir des difficultés avec votre médecin ?</p> | <p>Mon médecin m'a aidé à décider de mon devenir contraceptif</p> | <p>Aide du médecin dans la décision d'une grossesse de sa patiente</p> | |
|---|---|--|--|

| | | | |
|--|--|---|--|
| <p>Non je crois pas. Alors des fois où je me suis sentie moins à l'aise. Mais à proprement dit des difficultés, non j'en vois pas. Où quand elle était un petit peu agacée que mes enfants étaient suivis par le pédiatre et pas par elle, là ça me gênait. Pas de difficultés particulières ou compliquées à gérer, qu'elle ait pas du tout répondu à quelque chose que j'attendais, non.</p> <p>Et comment vous avez réagi justement quand elle a dit qu'elle préférait suivre vos enfants ?</p> <p>Je me suis peut-être un peu renfrognée. Je lui ai dit que pour moi et mon mari, on préférait qu'ils soient suivis par des pédiatres parce qu'ils sont spécialistes d'enfants. Même si, en effet, y avait aucune raison, ils auraient pu être suivis par un médecin généraliste, y avait pas de souci. On se sentait mieux</p> | <p>La réaction de mon médecin m'a rebuté</p> | <p>Pas de difficultés avec son MG</p> <p>Patient rebuté par la réaction de son MG</p> | |
|--|--|---|--|

| | | | |
|---|---|--|--|
| <p>qu'ils soient suivis par un pédiatre et au bout des 2 ans classiques, elle ferait le suivi des enfants. Mais je lui ai expliqué, elle l'a tout à fait compris, ça a rien changé du tout. Mais je pense, au début, qu'elle était un peu piquée parce qu'elle m'avait dit « je suis habilitée à faire le suivi, je vois pas pourquoi aller à V8 pour faire le suivi ». Et c'est vrai que pour le coup, elle les voyait que quand ils étaient malades, ronchons, grincheux, à pleurer. Ils la connaissaient pas donc peur de l'inconnu donc du coup à chaque fois c'était des cris et des larmes, donc c'était un peu moins agréable pour elle, je peux l'entendre.</p> <p>Y a-t-il déjà eu un moment où vous avez eu envie de changer de médecin ?</p> <p>Non. La question pour ma fille, quand j'ai voulu lui faire le vaccin du papillomavirus parce que ma</p> | <p>Mon médecin a fini par comprendre pourquoi je ne préférerais que mes nourrissons soient suivis par un pédiatre</p> | <p>Médecin compréhensif du choix du patient de se passer de ses services</p> | |
|---|---|--|--|

| | | | |
|---|---|--|--|
| <p>pédiatre m'avait dit à l'époque et c'est elle qui suivait les garçons, vous penserez bien à faire le vaccin contre le papillomavirus. Elle me l'avait marqué au crayon à papier sur un petit coin du carnet de santé et donc quand l'âge est arrivé, j'ai pris rendez-vous chez mon médecin traitant. Et en fait elle était contre ce vaccin-là, elle me l'a clairement dit. Je suis contre ce vaccin, de toute façon moi j'ai pas fait vacciner mes filles et puis il suffit de lui expliquer à ta fille qu'elle soit pas multipartenaire. Mais elle était vraiment contre ce vaccin, « je vois pas l'utilité de ce vaccin ». Et donc là c'était un peu compliqué pour moi, et du coup j'ai trouvé un médecin à V8** pour faire vacciner ma fille. J'suis restée sur ma première idée et du coup c'est pas mon médecin traitant qui s'en est occupé.</p> | <p>Mon médecin était contre le vaccin à HPV et n'a pas accepté de vacciner ma fille</p> | <p>Les convictions personnelles du médecin ont entravé l'accès à la vaccination de la fille de la patiente</p> | |
|---|---|--|--|

| | | | |
|---|--|--|--|
| <p>Donc l'autre médecin c'était simplement pour la vaccination ?</p> <p>Oui.</p> <p>Et depuis votre fille, elle se fait suivre par l'autre médecin ou par votre médecin ?</p> <p>Oui, oui elle se fait suivre par mon médecin. Pour le coup, ça fait 3 ou 4 ans qu'elle a pas été la voir parce qu'elle n'est pas tombée malade ou pas suffisamment pour consulter.</p> <p>Et comment vous vous l'avez pris qu'elle soit pas d'accord, qu'elle vous a avancé ses arguments ?</p> <p>Pas forcément très bien, parce que mon pédiatre en qui j'avais confiance m'avait encouragé à le faire, que moi je trouvais aussi important de le faire. En fait ce qui m'a gêné, c'est qu'elle refuse de le faire. Qu'elle soit contre et qu'elle le fasse quand même.</p> | | | |
|---|--|--|--|

| | | | |
|---|---|--|--|
| <p>Elle aurait pu être contre au niveau personnel, me dire « voilà moi au niveau personnel, je suis contre mais je vaccinerai quand même ta fille » alors que là c'est pas le cas du tout. C'est plus ça qui m'a gêné, peut être que c'est là c'était un mélange professionnel-privé qui est rentré en compte. Après voilà j'ai trouvé une solution, moi j'ai fait du coup ce que je trouvais bien et normal de faire. Donc après ça a pas changé la relation pour autant.</p> <p>Est-ce que vous diriez que vos attentes envers votre médecin ont changé au cours du temps ?</p> <p>Oui, je pense. Peut-être parce que j'suis une personne qui a du mal à avoir confiance et donc du coup il me faut longtemps pour que ça s'établisse. Mais oui, je pense que c'est par rapport à cette relation et peut-être qu'après on attend plus. Peut-</p> | <p>J'aurais préféré qu'elle le fasse quand même bien qu'elle ne soit pas pour ce vaccin</p> | <p>Patient gêné par la conviction personnelle de son médecin</p> | <p>Relation privée s'est-elle mêlée à cette prise de position du médecin ?</p> |
|---|---|--|--|

| | | | |
|---|---|--|--|
| <p>être que c'est bête, mais on attend plus qu'elle se souviene que y a deux ans, ça n'allait pas du tout pour telle raison alors que c'est peut être un petit peu exagéré de demander ça parce qu'on représente un patient parmi énormément. Je pense qu'au fil du temps, c'est inéluctable que ça évolue et que nous on en attend plus, en tout cas j'ai cette impression-là.</p> <p>Et à part le fait d'en attendre plus...et justement attendre plus ça signifie quoi pour vous ?</p> <p>Qu'elle se souviene ou qu'elle sache que telle chose s'est passée, qu'elle m'a donné tel médicament à l'époque, oui ou par rapport aux enfants, y a une suspicion d'allergie à l'amoxicilline. Des choses qui sont quelque part infondées parce qu'après ça a pas...quand elle allume son ordinateur et qu'elle revoit le dossier, tout est</p> | <p>J'attends de mon médecin qu'elle se souviene des dernières consultations</p> | <p>Souhait par le patient du souvenir des consultations antérieures par le médecin</p> | |
|---|---|--|--|

| | | | |
|--|--|--|---|
| <p>marqué dessus. Je pense que c'est infondé mais que finalement au fil du temps...plus la relation s'établit dans le temps, plus on a d'attentes infondées mais plus on a d'attentes. En tout cas, moi je le ressens comme ça.</p> <p>Et à part le fait d'attendre plus, est ce qu'il y a d'autres choses, d'autres attentes qui émergent en vous ? plus précises ?</p> <p>Non. Déjà je consulte quand même rarement aussi, j'ai pas un suivi médicamenteux qui nécessite que j'aïlle régulièrement tous les trois mois, faire renouveler une ordonnance. Ça reste quand même des consultations qui restent très occasionnelles. Non je vois pas, je pense pas en demander plus.</p> | <p>Plus la relation avance, plus j'ai d'attentes, la plupart infondées</p> | <p>De plus en plus d'attentes et infondées</p> | <p>Hypothèse ci-dessus évoquée par le patient</p> |
|--|--|--|---|

| | | | |
|---|--|---|--|
| <p>Est-ce que vous pouvez me parler, s'il y en a des effets que cette relation avec votre médecin, a sur vous ?</p> <p>Oui, je pense que les effets sont positifs parce qu'elle me connaît bien, elle connaît bien mes angoisses, les angoisses par rapport aux enfants. Du coup, elle arrive à dédramatiser, et d'une en tant que femme, et deux en tant que maman parce qu'on a vite tendance à psychoter ou à se dire c'est peut-être grave, y a quelque chose qui va pas. Et elle, elle a un tempérament...déjà elle a toutes les données de médecine que nous on n'a pas donc c'est très important. Elle a le recul aussi et finalement elle a la connaissance de nous donc elle sait aussi que moi je vais vite angoisser si j'ai mal quelque part et ça tout de suite, elle va dédramatiser, elle va me remettre les pieds sur terre, à pas psychoter, à pas</p> | <p>Les effets de cette relation sont positifs</p> <p>Mon médecin arrive à me faire dédramatiser les événements, parce que c'est aussi une femme et aussi une maman</p> | <p>Statuts de femme et de mère partagés par le médecin bénéfiques dans l'aide qu'il apporte à son patient</p> | |
|---|--|---|--|

| | | | |
|--|--|--|--|
| <p>imaginer le pire des scénarios. Oui hyper bénéfique !</p> <p>Y a d'autres choses qu'on n'a pas évoqué que vous souhaitez éventuellement m'évoquer justement à propos de l'évolution de cette relation au fil des 16 ans ?</p> <p>Je pense par exemple à mes enfants. J'ai un fils qui a eu des soucis à l'école, ça se passait mal à l'école. Et donc comme ça se passait mal à l'école, ça se passait très mal à la maison donc ça pouvait être des très grosses crises de nerfs, de pleurs et du coup de gros problèmes par rapport au sommeil. Du coup, le fait d'en parler avec elle, elle m'a orienté sur de l'homéopathie parce qu'il avait 6-7 ans à l'époque en me disant que ça pouvait l'aider. Je lui ai parlé aussi de ses gros soucis de sommeil, c'est-à-dire des gros cauchemars dans la nuit donc</p> | | | |
|--|--|--|--|

| | | | |
|--|--|--|--|
| <p>plusieurs réveils et difficile à calmer. C'était beaucoup basé sur l'homéopathie, on est pas passé aux cachets vraiment de pharmacie, sur ordonnance. Du coup, ça ça m'a aidé à dédramatiser les choses et qu'on allait trouver des solutions et tout. Parce que quand on est la tête dans le guidon, en tant que maman, on voit pas forcément... en tout cas moi, j'arrive pas forcément à voir qu'il peut y avoir une aide médicale pour des choses qui concernent la vie de tous les jours. Et par exemple, pour mon dernier, il avait des gros soucis de digestion donc elle a été hyper présente et pour le coup ça s'est passé différemment. Après la naissance, c'est elle qui est venue me voir à la maison, au niveau privé pour voir le bébé, pour voir moi comment j'allais. Quand elle est arrivée, je pense qu'elle a vu ma tête et comme il pleurait beaucoup, j'étais</p> | <p>Mon médecin est venu me voir à la maison après la naissance de mon fils et a vu ma détresse face aux pleurs de mon bébé</p> | <p>Médecin présente en post partum au chevet de la patiente et de son bébé</p> | |
|--|--|--|--|

| | | | |
|--|--|--|--|
| <p>complètement à la ramasse. En fait il hurlait du matin au soir, du soir au matin, c'était mon quatrième donc j'avais les trois premiers devant à m'occuper. Et j'étais complètement perdue et tout, et donc quand elle a vu mon état, elle m'a dit : « c'est pas possible. D'une, tu vas pas rester comme ça toi, et de deux, on peut pas laisser un bébé pleurer comme ça, il faut impérativement trouver une solution pour lui ». Ca ça peut faire aussi partie des choses marquantes de ces seize dernières années. Parce qu'elle m'a dit : « Bon écoute, je vais te donner un rdv, tu vas venir me voir avec lui, on va trouver des solutions, tu vas venir m'expliquer ses symptômes, voilà au sein du cabinet, en consultation ». « Tu peux aussi recourir au doliprane, à l'homéopathie pour essayer de calmer ses problèmes digestifs et tout ». Et finalement oui ça fait</p> | | | |
|--|--|--|--|

| | | | |
|--|--|--|--|
| <p>faut savoir écouter, ça peut concerner plein de points différents. Quand on va la voir, ça peut être pour nous psychologiquement, ça peut être pour nous une douleur physique. Par exemple, j'ai des soucis de dos, elle m'a envoyé passer des examens, donc c'est vraiment important. Aussi de la confiance, parce que j'ai confiance en elle et puis une oreille attentive. Et ça ça n'a pas prix. Elle bâcle pas avec moi.</p> | | | |
|--|--|--|--|

Résumé

Introduction :

La relation médecin-patient construite au fil du temps est une des caractéristiques de la discipline de médecine générale. Une communication professionnelle inappropriée peut être source de conflits et desservir la santé des patients.

Objectif :

Recueillir le vécu singulier de patients de médecine générale concernant l'évolution de la relation avec leur médecin généraliste au cours du temps.

Méthode :

Étude qualitative phénoménologique interprétative par entretiens individuels semi-dirigés conduits auprès de 13 patients suivis depuis plus de 10 ans. L'analyse sémantique de chaque entretien puis une triangulation des données par deux chercheurs ont été réalisées.

Résultats :

La première rencontre est un souvenir plus ou moins ancré pour les patients avec parfois des enjeux décisifs pour la continuité du suivi. Le développement de la confiance et de la connaissance du patient participe à « l'efficacité » des soins mais en même temps la routine baisse la vigilance du médecin qui peut être à l'origine d'erreurs. Le patient devient plus exigeant envers son médecin avec le temps. Parmi les moments marquants de cette relation, citons les moments manqués, ou le soutien du médecin généraliste lors d'événements de vie importants. Certains patients sont prudents quant à l'intimité partagée avec le médecin, veillant au cadre professionnel des consultations.

Conclusion :

Les patients développent au cours du temps des relations singulières avec leur médecin ; des obstacles peuvent apparaître au cours du temps qu'il faudra surmonter ensemble afin de préserver le lien de confiance et l'efficacité des soins.

MOTS-CLES : Relations médecin-patient (MeSH), médecins généralistes (MeSH), temps, communication en santé (MeSH), vécu, évolution.